

FRA MONOPOL TIL KONKURRANSE

EØS, norsk legemiddelpolitikk og Norsk Medisinaldepot

Kjetil Moen

• INNHOLD

1. INNLEDNING	7
1.1 NMD FRA MONOPOL TIL KONKURRANSE	7
1.2 OPPGAVENS FOKUS	13
1.2.1. HVORFOR NMD?	14
1.3 OPPGAVENS VIDERE GANG	16
2. TEORI OG METODE	18
2.1 EN INSTITUSJONELL TEORI	18
2.2 FORKLARINGER AV ENDRING	22
2.2.1. ENDRING GJENNOM FORVITRING	22
2.2.2. ENDRING GJENNOM SJOKK	24
2.3 ANALYSE PÅ TRE NIVÅ	26
2.3.1. OMGIVELSENE BETYDNING - DET EUROPEISKE NIVÅ	26
2.3.2. POLITIKKEN BETYDNING - DET NASJONALE NIVÅ	27
2.3.3. INSTITUSJONENS BETYDNING - DET INSTITUSJONELLE NIVÅ	28
2.4 METODISK TILNÆRMING	30
2.4.1. KILDER	31
3. EØS / EF-RETEN	37
3.1 INNLEDNING	37
3.2 MARKEDSSAMARBEID OG LEGEMIDDELSAMARBEID	37
3.3 ARTIKKEL 37 - TILPASNING AV STATLIGE HANDELSMONOPOLER:	40
3.4 ET MULIG UNNTAK FRA ARTIKKEL 37: ART. 30 OG 36	41
3.5 ANDRE BESTEMMELSER	42
3.6 BETYDNINGEN AV ET EUROPEISK REGELVERK	44
4. MONOPOLSPØRSMÅLET I NORSK POLITIKK	49
4.1 INNLEDNING	49
4.2 OPPRETTELSEN AV MONOPOLET 1949-1953	49
4.2.1. 1949: RAPPORTEN	50

4.2.2.	DEPARTEMENTETS MERKNADER 1952	51
4.2.3.	STORTINGSBEHANDLING 1953	51
4.3	POLITISK DEBATT 1957 - 1988	54
4.3.1.	NMD I NORSK POLITIKK	61
4.4	AVVIKLING 1992	62
4.4.1.	EFTA-EF-PROSESSEN	62
4.4.2.	VIKTIGE TREKK VED EFTA-EF-PROSESSEN	69
4.4.3.	STORTINGSBEHANDLINGEN	72
4.5	40 ÅRS STABILITET I KONFLIKT - FULGT AV EN FULLSTENDIG OMVURDERING	75
5.	NMD - FRA HELSEPOLITISK VIRKEMIDDEL TIL REGULÆR FORRETNING	80
5.1	INNLEDNING	80
5.2	FORRETNING OG FORVALTNING	80
5.3	STABILITET OG ENDRING	82
5.3.1.	BEGYNNELSEN	82
5.3.2.	FAGLINJEN: KOOPTERING OG EKSPANSJON	82
5.3.3.	EFFEKTIVITETSLINJEN	86
5.4	RESPONS PÅ DEN EUROPEISKE UTFORDRINGEN	90
5.5	NMD SOM MONOPOLIST	94
5.6	HOLDNINGER TIL MONOPOLET - AKTIVISERING FOR OG MOT	100
5.6.1.	HØRINGSRUNDEN	103
5.7	RYTTER AV TO HESTER?	105
6.	FORVITRING OG SJOKK	107
6.1	INNLEDNING	107
6.2	JUSS, POLITIKK HELSE OG MARKED	107
6.3	ENDRING GJENNOM FORVITRING: EN GRADVIS OMSTILLING I OG OMKRING MONOPOLET	111
6.4	ENDRING GJENNOM SJOKK: EN RE-EVALUERING AV MONOPOLORDNINGEN I EN EUROPEISK KONTEKST	114
6.5	IMPLIKASJONER FOR INSTITUSJONELL TEORI	118
7.	LITTERATUR OG KILDER	121
7.1	LITTERATUR	121

Forord

Denne oppgaven er blitt til som et ledd i ARENA-programmets studentprosjekt, og takk rettes derfor til ARENA for faglig og økonomisk hjelp, for kontorplass og for all den øvrige tilrettelegging jeg har nytt godt av i løpet av skriveprosessen. Veileder har vært faglig leder ved samme program, professor Johan P. Olsen, og jeg er svært takknemlig for den faglige inspirasjon, gode og konstruktive kritikk og store velvilje han har møtt meg med. En spesiell takk til Simen Bræin for godt kameratskap og et nært og kreativt samarbeid både om hovedoppgaven og i studietiden forøvrig. Stor takk til alle andre som gjennom vennskap, diskusjoner, kommentarer, korrektur og på andre måter har bidratt underveis: Vebjørn Dysvik, Arne Fosseng, Stein Hernes, Elin Karlsson, Ragnar Lie, Heidi Olsen, Bjørn Otto Sverdrup, Ulf Sverdrup, respondentene, Institutt for Statsvitenskap, alle ved Sentral-ARENA og Vigdis.

Kjetil Moen

Oslo, september 1997

SAMMENDRAG: Fra monopol til konkurranse. EØS, norsk legemiddelpolitikk og Norsk Medisinaldepot.

Konkurranse ble i 1992 innført i grossistledet av omsetningskjeden for legemidler ved at Norsk Medisinaldepots monopol ble avviklet. Dette skjedde i forbindelse med Norges tilslutning til Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS). På tross av monopolets sentrale posisjon på legemiddelsektoren og det ideologiske fundament det stod på, skjedde avviklingen av NMDs eneretter uten særlig motstand og dramatikk, hverken i de politiske miljøene eller bedriften selv.

Deler av nyere teori om politikk og administrasjon har gjerne pekt mot problemene knyttet til å endre handlingsmønstre og institusjonelle strukturer. En sentral idé i institusjonell teori er at institusjoner gjennom en stivhengig utvikling knyttes til spesifikke sett av symboler og regler for handling som kan skape motstand mot endringsforsøk som ikke er i tråd med institusjonens karakter.

I denne oppgaven reiser jeg problemstillingen: Hvordan forløp prosessen som ledet frem til avviklingen av NMDs monopol, og hva var betingelsene for at endringen skjedde på denne måten? Det sentrale er altså å undersøke hvilke betingelser som ligger til grunn for det handlingsforløpet som synes å gå på tvers av hva en kan forvente ut fra en institusjonell teori.

For å forsøke å svare på dette, presenterer jeg to muligheter som kan vise hvilke faktorer som styrer hendelsesforløpet i denne retningen. Begge tar utgangspunkt i en institusjonell tilnærming, men peker samtidig mot nye mekanismer som kan bidra til å forklare hendelsesforløpet. Den første åpner for at grunnlaget for den norske legemiddelpolitikken som NMD var en integrert del av kan ha *forvitret* over tid. Det andre forslaget til en forklaring åpner for at møtet med et europeisk markedsorientert system kan ha artet seg som et *sjokk* for et lukket, norsk helseorientert system.

Empirien behandles og analyseres på tre nivåer. I kapittel 3 vurderer jeg omgivelsenes betydning for beslutningen om å avvikle monopolordningen. Med EØS-avtalen presenteres det for Norge og legemiddelsektoren et sett av krav til hva som kan godtas av statlig inngripen og hva som kan anses som riktig organisering gjennom bestemmelsene om tekniske handelshindre. Dette åpner for en situasjon der EØS-

avtalens bestemmelser om statlige monopoler *kan* ha blitt oppfattet som et *juridisk imperativ*.

Endring kan også sees på som utløst og styrt av målbevisste valg. Kapittel 4 omhandler det nasjonale, politiske nivået. Forløpet i det politisk-administrative systemet avhenger også av deltakermønsteret og ressursfordelingen. De institusjonelle forholdene i det politisk-administrative beslutningssystemet er likevel de mest sentrale for diskusjonen.

Den siste betraktningssmåten ser de viktigste faktorene for institusjonell utvikling i institusjonen selv. Historisk utvikling, oppsamlede erfaringer, rutiner, normer og verdier vokst frem over tid betinger og begrenser fremtidige muligheter. Dersom ordningen er blitt til, og har eksistert under konflikt, og hvis grupper eller aktører har knyttet ordningen til viktige symboler, kan det antas at den har utviklet en institusjonell egentyngde. Dette er blant de ting rundt NMD som undersøkes i kapittel 5.

Analysen viser at de bestemmelsene som lå i EØS-retten utgjorde et sterkt press på det parlamentariske beslutningssystemet, men gitt at NMDs stilling måtte være avhengig av en juridisk vurdering av artiklene, og av en politisk vurdering av monopolets samfunnsmessige viktighet, er ikke en forklaring av forløpet basert på en idé om nødvendighet eller eksternt press alene tilstrekkelig. Dette er tilfelle selv om det her antas at EØS-avtalen var en forutsetning for at endringen skjedde på dette tidspunktet. Persepsjonen av monopolet og/eller kriteriene for bedømmelse av det må ha endret seg, og analysen må derfor gi en sentral plass til nasjonale politiske forhold og til institusjonelle forhold.

Trekk ved historien viser at responsen kan sees som en *videreføring* av på den ene side én viktig linje ved norsk legemiddelpolitikk og på den annen side av bedriftens erfaringer, rutiner og handlingsmønstre. Likevel utgjør endringen et *brudd* på i hvert fall to sentrale punkter. For det første betyr endringen et fullstendig brudd med mønsteret som var dannet rundt Arbeiderpartiets legemiddelpolitiske linje og den tilhørende retorikken. For det andre bryter endringen med selve bedriftens rasjonale: NMD ble opprettet utelukkende for å bestyre monopolet. Manglende “match” finnes derfor først og fremst mellom reformens innhold og den politiserende linjen. Det er i

langt mindre grad slik “mis-match” mellom NMDs identitet og reformen, og mellom den Høyres politiske linje og reformen er det nærmest et fullstendig sammenfall.

I oppgaven finner jeg støtte for de to mulige forklaringene som er presentert. Disse forklaringene har sammenheng med hverandre. Grunnlaget for den politiske retorikken som støttet opp under monopolet forvitret over tid. Dette skjedde både ved at NMD ble mer forretning og mindre forvaltning, og ved at markedsorienterte virkemidler generelt fikk større utbredelse også i offentlig forvaltning. I en *nasjonal-politisk* sammenheng var imidlertid ikke dette avviket mellom retorikk og symbolikk på den ene siden og den faktiske utviklingen på den andre siden et problem. Satt inn i en annen sammenheng; av en internasjonal avtale som har som det første formål å bygge opp et felles marked mellom land, mistet denne tradisjonelle konflikten mening, og dermed forsvant også relevansen til det symbolet som i vår sammenheng representerte konflikten. Slik ser det også ut til at forvitringen har vært en forutsetning for den re-evalueringen som skjedde under EFTA-EF-prosessen ved at forvitringen la grunnlaget for responsen, mens EFTA-EF-prosessen virket utløsende og retningsgivende for den. “Sjokk” som begrep i denne sammenhengen er likevel problematisk, fordi det gir assosiasjoner til akkurat den type krisepregede endringer som ikke foreligger i dette tilfellet. I tillegg synes sjokk å være et for sterkt uttrykk for forklaringen som her er beskrevet, ikke minst fordi endringen kan tolkes innenfor et norsk politisk rom. Snarere enn å utløse et sjokk, utløser EØS-avtalen *oppdagelsen* av de endringer som allerede har foregått i en periode.

1. Innledning

1.1 NMD fra monopol til konkurranse

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1997 vedtok Stortinget at aksjer i Norsk Medisinaldepot (NMD) kunne selges til private interessenter. Mot Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiets og Rød Valgallianses stemmer fikk Sosial- og helsedepartementet (SHD) fullmakt til å gå inn i forhandlinger om et slikt salg, dog med et ønske om å beholde en statlig eierandel på minst 33 prosent. Dette skjedde etter at grossist-

markedet for legemidler hadde vært åpent for konkurranse i tre og et halvt år. Ingen større aviser ga vedtaket omtale.¹

Konkurranse ble innført i dette leddet av omsetningskjeden for legemidler i forbindelse med Norges tilslutning til Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS). På tross av monopolets sentrale posisjon på legemiddelsektoren og det ideologiske fundament det stod på, skjedde avviklingen av NMDs eneretter uten særlig motstand og dramatikk, hverken i de politiske miljøene eller bedriften selv. I denne oppgaven reiser jeg problemstillingen: *Hvordan forløp prosessen som ledet frem til avviklingen av NMDs monopol, og hva var betingelsene for at endringen skjedde på denne måten?* For å forstå bakgrunnen for å reise dette spørsmålet, er det nødvendig å kjenne nærmere til NMDs bakgrunn og til EFTA-EF-prosessen som utløste avviklingen av monopolet.

NMD ble opprettet gjennom et lovvedtak av Stortinget i 1953, og var operativt i 1957. Bakgrunnen var Arbeiderpartiets ønske om å monopolisere import, engrossalg og eksport av legemidler i Norge.² Før NMD ble en realitet ble dette ivaretatt av flere private grossister. Etableringen skjedde ikke uten motstand. Stortingsdebatten varte i syv timer, og samtlige opposisjonspartier stemte mot regjeringens forslag, men Arbeiderpartiet satt med rent flertall på Stortinget, og kunne vedta ordningen uten behov for andres støtte. Opposisjonen trakk regjeringens motiver og klokskap i tvil, mens Arbeiderpartiet argumenterte med at nasjonalisering av grossistledet ville sikre folks helse. Motstanden var ikke begrenset til den lovgivende forsamling, også i de farmasøytiske fagmiljøene rådet stor skepsis, og endringen fikk oppmerksomhet i riksavisene (Follesø 1975).

¹ Dagens Næringsliv skrev imidlertid om muligheten for en privatisering i forkant av vedtaket.

² Eneretten til eksport har ikke hatt noen praktisk betydning; norske produsenter av legemidler har eksportert sine produkter på egenhånd med midlertidige tillatelser, gitt av myndighetene som unntak fra NMDs monopol. Denne eneretten vil derfor ikke bli behandlet i det videre arbeidet.

De politiske og praktiske mål som ble satt for NMDs virksomhet har vært stabile helt frem til den formelle avviklingen av monopolet i 1992:³

- Sikre forsyningene av legemidler på landsbasis, som innebærer at forbrukere i alle deler av landet skulle ha samme tilgang til legemidler, levert innen visse tidsfrister og ha samme sikkerhet for at varene kommer uskadet frem.
- Leverer et fullstendig varesortiment, som innebærer at NMD til enhver tid skulle ha tilgjengelig alle de legemidler som var etterspurt på det norske markedet.
- Sikre beredskapsevnen, som innebærer at NMD over hele landet skulle organisere og vedlikeholde lagre av legemidler til bruk i krisesituasjoner.
- Sikre like priser over hele landet, som innebærer at en konsument ikke skulle betale mer eller mindre enn en annen, uansett bosted. Dette ble organisert praktisk ved at NMD dekket fraktutgiftene frem til apotekene. Fra 1977 refunderte også NMD apotekenes utgifter til å bringe legemidler videre til pasienter som ikke selv kunne hente dem.
- Sikre riktig legemiddelbruk, en målsetting som ikke var nærmere definert, og som skal omtales senere.
- Bidra til at samfunnets utgifter til legemidler blir lavest mulig gjennom effektiv distribusjon, som innebærer at NMD skulle opprettholde en rasjonell drift.

Disse målene, slik de ble gjengitt i 1992, faller godt sammen med formålene med opprettelsen. I tillegg var det viktig for flertallet på Stortinget (Arbeiderpartiet) i 1953 å legge til rette for prisutjevning mellom dyre og rimelige legemidler, samt å skaffe statlig styring av en spesielt viktig sektor av samfunnet, der private profittmotiver etter Arbeiderpartiets mening ikke burde finnes.

Gjennom over 40 år skulle debatten om statens engasjement på grossistsiden av legemiddelsektoren holdes levende.⁴ Mens de andre opposisjonspartiene etterhvert

³ Se Ot. prp. 70 1991-92: 8.

⁴ Med legemiddelsektoren menes her den samlingen av aktører og institusjoner som har tilknytning til produksjon, omsetning og kontroll av legemidler, til politikkutforming knyttet til legemidler, de organiserte interessene som er knyttet til

stilte seg på Arbeiderpartiets side, angrep Høyre gjentatte ganger den til enhver tid sittende Arbeiderpartiregjering på dette punktet. Mens Høyre gjentok en generell kritikk av hva partiet så som unødig statlig inngripen i markedet, forsvarte Arbeiderpartiet monopolet med helserelaterte og moralske argumenter, ved å hevde at folks helse ikke måtte blandes sammen med privatøkonomiske interesser. I løpet av perioden fra 1957 frem til avviklingen befestet NMD en stilling som en sentral institusjon i norsk legemiddelpolitikk. NMD ble et symbol på Arbeiderpartiets og Høyres ulike syn på statlig engasjement, og på at helse- og legemiddelfaglige interesser i Norge skulle ha forrang for markedsinteresser. Senest i 1988 falt et forslag fra Høyre om å avvikle monopolet. Fra dette tidspunktet til beslutningen om salg i 1997, har det altså skjedd en kraftig omveltning i dette leddet av sektoren, ikke minst i synet på hvordan staten bør engasjere seg. Hva utløste denne endringen, og hvordan henger dette sammen med den historiske utviklingen fra monopolet ble opprettet?

I 1989 startet en prosess med EFTA og EF som deltakere som skulle ende i inngåelsen av EØS-avtalen 4 år senere.⁵ EØS-avtalen bygger i stor utstrekning på EF-retten, og inneholder artikkel 16, tilsvarende artikkel 37 i Romatraktaten, som krever tilpasning av statlige handelsmonopoler. Hva tilpasning betyr i denne sammenhengen skal det kommes nærmere inn på senere. Denne regelen er imidlertid ikke nødvendigvis uten unntak - artikkel 36 (art. 13 i EØS-avtalen) kan hjemle for unntak begrunnet i viktige samfunnshensyn.

For NMD endte EFTA-EF-prosessen den 13. november 1992 i en avvikling av monopolet (Ot. tidende 1992-93: 120-141). Direkte styring gjennom eierskap og monopol ble erstattet med styring gjennom regulering av konkurranse. Fra 1. januar 1994 stod markedet åpent for andre aktører som ville etablere seg - og dermed er

bruk av legemidler; pasientorganisasjonene, profesjonelle interesser som farmasøyter og medisinerere og det regelverk som regulerer det ovenstående.

⁵ Jeg vil i det følgende stort sett bruke EF som betegnelse for samarbeidet: Fordi dette var betegnelsen i perioden EØS-forhandlingene pågikk, fordi legemiddelsamarbeidet skjer innenfor EUs første pillar, og fordi monopolordningen først og fremst ble berørt av Romatraktatens bestemmelser. Se også Sejersted m. fl. 1995: 2-3.

Norge ikke lenger det eneste vest-europeiske landet som organiserte grossistledet som statlig monopol. NMD er ikke lenger et statlig virkemiddel for å ivareta viktige helsepolitiske mål, men en regulær forretningsbedrift - organisert som statsaksjeselskap - som opererer innenfor et sett av konsesjonsvilkår som nå skal ivareta disse målene. Fullsortimentskravet og krav til landsdekning og leveringstid er beholdt, og gjelder alle grossistene. NMD driver stadig beredskapslagrene og en del statistikkarbeid, men nå på betalt oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Tiltak som tidligere ble finansiert av NMDs drift, finansieres nå over andre statlige budsjetter. Valget av aksjeselskapsformen som ny tilknytningsform ble begrunnet med at denne i all hovedsak er svært lik den gamle statsbedriftsformen, og at det andre alternativet for NMD, statsforetaksformen, i enkelte situasjoner kan være i strid med EØS/EF-lovgivningen. Staten har et ubegrenset økonomisk ansvar for et statsforetak; bedriften vil ikke kunne gå konkurs på vanlig måte, siden staten vil dekke alle fordringer andre måtte ha på foretaket. Dette vil kunne oppfattes som et konkurransefortrinn i følge EØS-avtalen: For eksempel må man anta at et statsforetak kan oppta billigere lån enn konkurrentene når sikkerheten er garantert av staten, og bedriften vil dermed kunne få et fortrinn i konkurransen.

Den norske beslutningen om å avvikle monopolet kan sees på som en respons på de endringer i omgivelsene som EØS-avtalen utgjorde, og i denne oppgaven skal det studeres hvordan denne responsen artet seg i det politisk-administrative miljøet og i NMD selv. Her stilles spørsmålet om hvilke betingelser som lå til grunn for de hendelsene som forløp under EFTA-EF-prosessen og som endte i at NMD fikk konkurranse på markedet. Imidlertid er det viktig i utgangspunktet å slå fast at EØS-avtalen var den direkte årsaken til at avviklingen skjedde på dette tidspunktet.

Opphevelsen av eneretten skjedde uten dramatikk. Allerede tidlig i prosessen markerte NMD utad at bedriften ikke ville forsvare sin stilling som monopolist. Tvert imot gikk ledelsen offentlig ut og signaliserte et ønske om en friere stilling i forhold til staten og en vilje til å effektivisere bedriften, begge deler for å kunne møte en ny konkurransesituasjon på et norsk marked, åpent for både europeiske og andre norske aktører. Motforestillinger mot innføring av konkurranse ble signalisert i deler av det medisinsk-faglige miljøet, men andre endringer som fulgte av avtalen ble sett på som

alvorligere.⁶ De politiske partiene delte seg i to leire. EØS-motstanderne gikk mot endringen, mens tilhengerne av avtalen gikk inn for den. Mest interessant i denne sammenhengen er Arbeiderpartiets holdning til endringen. Partiet som i sin tid innførte ordningen, og som gjennom lang tid hadde forsvart den, satt i regjeringsposisjon da det ble endelig besluttet å avvikle monopolet. Dette skjedde uten at handelsmonopolet hadde vært tatt opp i forhandlingene mellom EFTA og EF - organiseringen av grossistledet ble ensidig tilpasset det europeiske regelverket.

I løpet av 1995 etablerte to konkurrenter til NMD seg på grossistmarkedet, hvorav den ene etter et år hadde oppnådd en markedsandel på omtrent 20%, og den andre en markedsandel på under 5%. Dersom NMD blir (delvis) solgt, kan en med en viss rett si at sirkelen er sluttet. Fra konkurranse mellom private aktører til et statlig monopol og tilbake til privat konkurranse (dog med et innslag av en statlig eierandel i NMD) vil markedssituasjonen være tilbake ved utgangspunktet. Samtidig vil så godt som alt annet være forandret siden 1953. De private grossistene som i dag konkurrerer med NMD er dominert av utenlandske eierinteresser. Legemidler er en utpreget internasjonal vare, og produsentsiden domineres av store multinasjonale firmaer med den høyeste inntjeningen blant samtlige bransjer i verden (NOU 1997: 6). Samtidig vokser det frem inter- og i noen grad overnasjonale systemer og institusjoner, spesielt innenfor EF, som regulerer ulike sider av omsetning av legemidler (Vogel, udat.). Målsettingen er å utvikle et felles europeisk marked for legemidler. Hvilke krav som kan stilles til grossister som skal delta på dette markedet reguleres gjennom EØS-avtalen og EF-retten, og er ikke lenger alene et nasjonalt anliggende. EØS-avtalen synes også å ha utløst en større gjennomgang av omsetningskjeden for legemidler i Norge, og kan ha bidratt til å aktualisere andre problemstillinger på legemiddelsektoren.⁷

⁶ Spesielt avviklingen av "behovsparagrafen" som tillot norske legemiddelmyndigheter å avvise legemidler med funksjoner som allerede var dekket av andre legemidler på markedet.

⁷ Etter avtaleinngåelsen ble legemiddelsektoren gjennomgått i Vedlegg til St. prp. nr. 1 1995-96; omsetningskjeden ble utredet i NOU 1997: 6; og blåreseptordningen ble vurdert i NOU 1997: 7.

Gjennom hele perioden fra opprettelsen av NMD frem til i dag har det norske og det internasjonale samfunnet utviklet seg gradvis, gjennom en internasjonaliseringsprosess som har bestått av en utvikling mot stadig flere, tettere og mer formelle kontakter over landegrensene, og gjennom en moderniseringsprosess som har endret forholdet mellom stat og marked, og ført til at private markedsløsninger i flere sammenhenger er blitt sett på som forbilder for statlig aktivitet. Disse prosessene nådde en foreløpig topp med EØS-avtalen, som er den mest omfattende avtalen Norge har inngått, og som siktet mot en utvidelse av det felles europeiske markedet.

NMDs historie, spesielt slik institusjonen er blitt behandlet på Stortinget, synes imidlertid å ha vært preget av stabilitet gjennom den samme perioden - inntil EFTA-EF-prosessen startet. I løpet av denne prosessen omdannes en sentral institusjon på norsk legemiddelsektor som i utgangspunktet hadde sterk politisk oppslutning og en godt innarbeidet posisjon blant de andre aktørene på sektoren.

Deler av nyere teori om politikk og administrasjon har gjerne pekt mot problemene knyttet til å endre handlingsmønstre og institusjonelle strukturer. En sentral idé i institusjonell teori er at institusjoner gjennom en stivhengig utvikling knyttes til spesifikke sett av symboler og regler for handling som kan skape motstand mot endringsforsøk som ikke er i tråd med institusjonens karakter (March og Olsen 1989). Det er derfor viktig å undersøke under hvilke betingelser slik endring kan skje under forholdsvis liten motstand, uten at det foreligger en grunnleggende prestasjonskrise. I neste kapittel presenteres i korte trekk en institusjonell teori, etter en nærmere redegjørelse for oppgavens fokus i neste del. Det sees på hvordan denne spesielle endringen står i forhold til institusjonell teori, og, ved å presentere idéer om hvordan endringen kunne skje slik den gjorde, søker jeg å vise hvordan institusjonell teori kan brukes som utgangspunkt for å forklare endringer av denne typen.

1.2 Oppgavens fokus

Formålet med dette arbeidet er altså å studere betingelsene for endring av nasjonale institusjoner stilt ovenfor endrede internasjonale omgivelser. Fokus er *beslutningen om overgangen fra monopol til konkurranse*. Overgangen betød en endring av forholdet mellom det politiske systemet og grossistledet i omsetningskjeden for legemidler og

av de rammebetingelsene det politisk-administrative apparat hadde lagt for Norsk Medisinaldepot. Endringen var i første omgang et direkte utslag av en nasjonal tilknytning til en mellomstatlig avtale, og ble vedtatt i Stortinget i 1992 som en del av arbeidet med å gjøre EØS-regelverket til gjeldende norsk lov.

Den prosessen som leder frem til overgangen fra monopol til konkurranse, har ikke et naturlig tyngdepunkt *enten* i beslutningsstrukturen i Storting, regjering og sentraladministrasjonen *eller* i organisasjonen selv, men er betinget av forholdet mellom de internasjonale omgivelser, det politisk-administrative beslutningsapparat og institusjonen NMD.

Samtidig er det de *nasjonale responser* på “den europeiske utfordringen” som studeres. I tillegg til at den tar opp hva muligheten for en EØS-avtale betød for beslutningen, vil oppgaven dermed få to naturlige tyngdepunkter; ett på hver side av det organisatoriske virkemiddel som er utgangspunktet: På den ene side det politisk-administrative beslutningsapparat (på legemiddelsektoren og i forbindelse med EØS), og på den andre side institusjonen NMD. En forståelse av institusjonell identitet og dynamikk begge steder er nødvendig for å kunne danne seg et samlet bilde av hvordan overgangen fra monopol til konkurranse skjedde i møte med et europeisk system, og hvorfor det skjedde på denne måten. Det politisk-administrative system er viktig fordi legemiddelomsetningen historisk er tett bundet til politisk styring og administrativ kontroll, fordi mange av premissene for beslutningen legges her, og fordi det er i denne strukturen beslutningen faktisk tas. NMD som institusjon er viktig for forståelse av den nasjonale respons fordi det var tett kobling mellom rammebetingelsene og institusjonen, fordi NMD også var tett koblet til andre aktører på legemiddelsektoren og en integrert del av norsk legemiddelpolitikk etter krigen, og fordi NMDs utvikling kan ha hatt betydning for beslutningen. Selv om det er beslutningen om å avvikle monoopolet som står i sentrum, er det imidlertid også et delmål å forklare NMDs respons på muligheten for at depotets eneretter kunne bli avviklet.

For en forståelse av hvorfor utfallet ble som det ble - en overgang fra monopol til konkurranse på en sektor sterkt preget av nasjonal styring og kontroll - vil det derfor være viktig å undersøke om prosessene i disse to sentra for oppgaven virker *med* hverandre, det vil si at de går i samme retning, forsterker eller understøtter hverandre, eller

mot hverandre, det vil si at de går i motsatt retning og virker konfliktskapende eller hemmende på hverandre. Samtidig er det viktig å se på de institusjonelle faktorene som ligger under prosessene, det vil si de trekk ved aktørene, institusjonene og omgivelsene som betinger og virker førende for institusjonell respons, tilpasning og endring.

1.2.1. Hvorfor NMD?

Tilfellet NMD og dets monopol er både teoretisk og empirisk interessant i statsvitenskapelig sammenheng. Inngåelsen av EØS-avtalen er en spesiell hendelse i norsk historie. Avtalen er den mest omfattende mellomstatlige overenskomst Norge tar del i, og forplikter Norge til å følge store deler av EF-retten slik den er, og vil bli utviklet i fremtiden, uten at norske folkevalgte organer har formell innflytelse over denne rettsutviklingen (Sejersted 1997). Tilslutningen medførte endringer på flere områder i Norge, men mange av de omtrent 2000 rettsaktene som ble innført definerte nye tekniske standarder med få politiske ringvirkninger. Opphevelsen av legemiddelmonopolet var en av de få endringene av formell struktur i statsapparatet som fulgte direkte av avtalen. Det er derfor i seg selv et poeng å dokumentere hendelsesforløpet, og å studere den innflytelsen utviklingen av det europeiske samarbeidet har på nasjonal politikk på dette området. Viktig er det også at oppgaven, selv om den er ment å stå på egne ben, vil kunne sees i sammenheng med en serie andre studier av institusjonell respons og / eller endringer på nasjonalt plan som følge av EØS-avtalen. Noen av disse er allerede skrevet, andre er på vei.⁸

Denne studien tar for seg endringer av nasjonale politiske og administrative rammebetingelser (under press fra et europeisk samarbeid) og kan dermed også utfylle eksisterende studier av andre endringer i rammebetingelser. Spesielt kan Follesøs hovedoppgave fra 1975 nevnes: Mens Follesø tar for seg nasjonaliseringen av grossistledet, tar denne oppgaven for seg utviklingen av monopolet. Deler av kapitlene 3 og 4 bygger videre på funn fra studiet om opprettelsen, og Follesøs oppgave danner en bak-

⁸ Se for eksempel Engen (1995); Farsund og Sverdrup (1994); Christensen (1996); Veggeland (1997).

grunn for å se hvorledes betingelsene for statlig styring av en del av legemiddelsektoren har endret seg i løpet av etterkrigstiden.

Også andre deler av legemiddelsektoren har vært gjennom og synes å stå ovenfor endringer. Rammebetingelsene for produsenter, grossister, apotek, pasienter og medisiner har endret seg blant annet på grunn av EØS-avtalen, og har vært i søkelyset gjennom offentlige utredninger (se NOU 1997: 6; 7). Selv om disse rammebetingelsene er forskjellige for de ulike aktørene, er de deler av en sektor som tradisjonelt har hatt trekk som sterk kontroll, stort statlig engasjement, sterke gruppeinteresser, en betydelig vektlegging av helsepolitiske sidene og en langt mindre vektlegging av de markeds- og næringspolitiske sidene ved systemet (Jensen 1996; Grund og Husbyn 1995). Selv om det ville være en feilslutning å trekke konklusjoner om legemiddelsektoren som sådan på grunnlag av en studie av en del av sektoren, foreslås det i denne oppgaven forklaringer av endring som kan bidra til forståelse av andre endringsprosesser som har fellesstrekk med endringen av NMDs rammebetingelser.

1.3 Oppgavens videre gang

I neste kapittel presenteres et teoretisk grunnlag for den videre analysen. Med utgangspunkt i institusjonell teori foreslås to mulige svar på spørsmålet som er stilt. Deretter skisseres tre nivå for analyse som gjør det mulig å ta hensyn til momenter i omgivelsene, på politisk-administrativt nasjonalt nivå og på institusjonsnivå som kan ha betydning for disse mulige forklaringene. Den siste delen av kapittel 2 omhandler den metodiske tilnærmingen.

Oppgavens videre struktur vil være knyttet til de tre nivå som er lagt an for analysen. I kapittel 3 diskuterer jeg de bestemmelsene i Romatraktaten og EØS-avtalen som hadde betydning for vurderingen av statsmonopolene. Artiklene om tekniske handelshindre og direktivene som berører grossistvirksomheten er knyttet til arbeidet for et felles europeisk marked, og jeg viser at utviklingen av monopolet har sammenheng med dette markedssamarbeidet. Utviklingen av et legemiddelpolitisk og faglig samarbeid i EF er mindre relevant, selv om også dette ligger til grunn for det direktivet som regulerer grossistvirksomheten i Norge fra avtalen trådte i kraft. De

krav og det press som lå i avtalen hadde stor betydning og var utløsende for beslutningen som ble tatt, men kan ikke alene forklare utfallet. At monopollet ikke ble oppfattet som viktig nok til å forsvares mot disse kravene, må også skyldes politiske og institusjonelle forhold.

I kapittel 4 viser jeg at det historisk går tre linjer i norsk politikk i spørsmålet om NMD. Beslutningen om å avvikle monopollet betyr både et brudd med og en videreføring av disse linjene. Bruddet skjer først og fremst gjennom Arbeiderpartiets endrede holdning, og denne holdningsendringen må sees i sammenheng med både den moderniseringen av staten som Arbeiderpartiet selv har medvirket til, og med at Arbeiderpartiets tradisjonelle holdning til monopollet ikke kunne forenes med den økonomiske logikken som EØS-avtalen bygger på. Forløpet av EFTA-EF-prosessen hadde også betydning. At spørsmålet ble vurdert i strukturer med nær tilknytning til Utenriksdepartementet, og uten at de statlige helsemyndighetene ble særlig involvert, og at den forrige regjeringen allerede hadde signalisert at monopollet kunne ofres, kan ha lagt føringer for responsen.

Kapittel 5 viser hvordan NMDs offensive holdning til muligheten for en avvikling kan beskrives som et resultat av de normer og rutiner NMD hadde utviklet for å møte utfordringer fra omverdenen. Fra å konsentrere seg om å stå frem som et faglig solid forvaltningsorgan, hadde NMD lagt større vekt på å fremstå som en moderne og effektiv bedrift, og det å gå aktivt inn i en konkurransesituasjon var en videreføring av denne linjen.

I kapittel 6 samles disse momentene i en diskusjon av hvordan grunnlaget for monopolpolitikken forsvant over tid, og av hvorvidt beslutningsstrukturen i Norge ble utsatt for et sjokk da et spørsmål som hadde vært gjenstand for en nærmest rutinisert behandling i lang tid måtte vurderes på andre premisser. Til sist forsøkes det vist hvilke implikasjoner dette kan ha for institusjonell teori.

2. Teori og metode

2.1 En institusjonell teori

Enhver analyse av denne typen må settes inn i en teoretisk sammenheng for å kunne relatere den til allerede kjente kunnskaper og idéer om hvorledes verden ser ut. En sektor, som denne oppgaven konsentreres om, består av enkeltaktører og organisasjoner som står i et innbyrdes forhold til hverandre. Aktører, enten som individer eller som grupper av individer, påvirker hverandre, samtidig som de også påvirkes av tidligere erfaringer og valg. Ved å bruke institusjonell teori er det mulig å ta hensyn til dette. I institusjonell teori er det et teoretisk utgangspunkt at organisasjoner oppfattes som institusjoner som betinger, styrer og gir retning til politisk og administrativ adferd. Individet er ikke et fullstendig rasjonelt vesen, og kan ikke gi alle tenkelige alternativer for handling oppmerksomhet på samme tid. Institusjoner definerer identitet for individet, gruppen og samfunnet, og identitet og rolleoppfatning er sentralt for adferd (March og Olsen 1989). Dette betyr at handling ikke er festet i rasjonelle kalkulasjoner basert på individuelle, eksogent gitte og stabile preferanser. Derimot kan interesser være skiftende og endogene; formet innenfor institusjonene (March og Olsen 1996).

Behandlingen av stoffet i denne oppgaven baserer seg på tre grunnleggende antakelser om menneskelig adferd, meningsdannelse og institusjonell tilpasning (March og Olsen 1989; 1996; Olsen 1992). *For det første* en antakelse om at menneskelig handling er regelstyrt. Heller enn å være basert på nyttekalkulasjoner av ulike alternativs konsekvenser, er adferd basert på roller og identitet. Institusjoner er bærere av formelle og uformelle standarder for riktig opptreden, og definerer hva som er bra og hva som ikke er bra. *For det andre* en antakelse om at mening skapes gjennom politiske og sosiale prosesser. Folks opplevelse av verden er tolkninger, avhengige av kognitive prosesser som avgjør hva man oppfatter, og om dette oppfattes som godt eller dårlig. Disse kognitive prosessene er igjen betinget av institusjonell historie og kontekst. *For det tredje* en antakelse om at institusjonell tilpasning er avhengig av tidligere veivalg og erfaring, institusjonell identitet og historie (Krasner

1988). Institusjonell endring er ikke en perfekt tilpasning til omgivelsene eller nye omstendigheter.

For analysen betyr dette at vi ikke kan tilskrive de aktuelle aktørene stabile preferanser og anse disse som eksogene i modellen. Siden handlingsmønsteret er basert på en oppfatning av identitet, og identitet er historisk og kontekstuel bestemt (hva er jeg og hvor kommer jeg fra), må interesser sees på som endogen bestemt i modellen, og analyse av de ulike aktørenes handlinger underveis i prosessen må bygge på kunnskap om folks institusjonelle tilknytning, og om institusjonelle definisjoner av hva som er passende og hva som ikke er det.

Det betyr også at denne oppgaven ser på forvaltning og det politiske beslutningsapparat generelt, og på legemiddelsektoren spesielt, som et system av enkeltstående institusjoner. Disse institusjoner har en egen historie, og har vært gjennom et unikt sett av veivalg som har gitt hver institusjon en egen identitet. Politiske og/eller administrative valg, krav om, eller press for omstilling fra omgivelsene, eller andre forsøk på endring av institusjoner, blir tolket og gis mening i lys av denne institusjonelle egenarten, og responsen på slike forsøk formes på samme måte. Den endringen vi står ovenfor i denne oppgaven er først og fremst resultat av en eller annen form for press fra et internasjonalt nivå - EØS-avtalen må hele tiden sees som den viktigste årsaken til at monopolene faller på dette tidspunktet. Samtidig er det klart at beslutningen om å avvikle monopolene og å gå inn i EØS er en politisk avgjørelse på nasjonalt plan, der administrative organer setter sitt preg på prosessen. Fordeler og ulemper veies opp mot hverandre, og en eller annen form for politisk spill bidrar også til å avgjøre utfallet. Det følger imidlertid av det som til nå er anført om institusjonell teori at en forståelse av dette eksterne presset og de politiske valg må bygge på en forståelse av den institusjonelle identitet og dynamikk i på den ene side det parlamentariske beslutningsapparatet og på den annen side NMD. Strategier formes, og politiske spill forløper innenfor et institusjonelt definert handlingsrom. Persepsjon og tolkning av ytre press er betinget av aktørenes historiske erfaringer og av rutiner, normer og regler i institusjonen.

Utgangspunktet for oppgaven er å forklare endring: Overgangen fra monopol til konkurranse. Det ovenstående ligger til grunn for hvordan jeg oppfatter aktørene og

deres handlinger. For analysens formål er imidlertid hva institusjonell teori sier om endring mer sentralt. Idéene om regelstyrt adferd, mening skapt gjennom sosiale og politiske prosesser og om institusjoners stivhengige utvikling har viktige implikasjoner for hvordan endringen vi står overfor kan oppfattes. Institusjoners historiske ballast og egenartede identitet, samt aktørenes institusjonelt bestemte oppfatninger, normer og roller har betydning for hvordan endring skjer. Bevisste forsøk på reform kan gjøres vanskelig, på samme måte som nye idéer om “god organisering” ikke lett får fotfeste. Forsøk på endring som bryter med de rutiner, normer og regler som eksisterer innenfor en institusjon vil vanskeligere lykkes enn endring som er i tråd med disse eller bygger videre på dem. Om en reform oppfattes som god eller dårlig avhenger av hva som tidligere er blitt oppfattet som godt eller dårlig. De veivalg som tidligere er gjort betyr noe for hvilken retning det oppleves som riktig å bevege seg i fremtiden. Institusjonen utvikler stor motstandsdyktighet mot forsøk på endringer som strider mot dens grunnleggende identitet, og i den grad denne motstanden er vellykket er perfekt tilpasning mellom institusjonen og omgivelsene snarere unntaket enn regelen.

Sagt på en annen måte dannes et *register* for adferd, forståelse og endring som definerer begrensninger og muligheter. Dermed tilrettelegges det for handling innenfor dette registeret, og endringer av denne type er gjerne kontinuerlig og inkrementell. Handling utenfor dette institusjonelle registeret er derimot mer problematisk, dramatisk og sjeldnere (Olsen 1992). Flere empiriske studier gir resultater i tråd med dette mønsteret, om enn av ulik karakter: Wærness (1990) viser at et forsøk på å innføre nye budsjettrutiner i svensk statsforvaltning møtte stor motstand og til slutt ikke nødvendigvis ga de resultater som i utgangspunktet var tenkt. Christensen (1991) viser at hvordan innføring av virksomhetsplanlegging foregår kan være avhengig av forskjeller mellom ulike institusjoners grunnleggende verdier, strukturelle oppbygging og demografi. Brunsson (1989) viser at problemer av denne typen - som kan fremstå som *trusler* for organisasjonen - kan overvinnes gjennom “hykleri”; ved å la organisasjonen reflektere omgivelsenes normer og myter utad, kan den skjerme de sentrale, handlingsorienterte delene av organisasjonen.

Det er tidligere også vist at forsøk på endringer som har utfordret viktige symboler på helsesektoren har møtt sterk motstand, og vist seg vanskelig å gjennomføre som intendert (Christensen 1994). Opphevelsen av NMDs monopol er også en endring som går på tvers av legemiddelsektorens tradisjonelle identitet i etterkrigstiden. Motstanden har vært sterk mot private løsninger på helsesektoren generelt. Avviklingen av monopolet betyr et brudd med stortingsflertallets tidligere oppfatninger, spesielt Arbeiderpartiets, siden Arbeiderpartiet var partiet som i sin tid foreslo, og med sitt parlamentariske flertall alene vedtok ordningen. Både på det tidspunktet og senere ble nasjonaliseringen forsvart med henvisninger til prinsipielle standpunkter til faglige hensyn, og til forholdet mellom stat og marked. For NMD betød avviklingen av monopolet at det opprinnelige grunnlaget for bedriftens eksistens ble borte. Dette betyr også at en løsning som Brunsson foreslår ikke er aktuell i vårt tilfelle: Å oppheve monopolet betyr tilsynelatende å røre direkte ved institusjonens identitet. Allikevel ble innføringen av konkurranse i grossistleddet av de fleste relevante aktørene sett på som uproblematisk, og det skjedde uten dramatikk. Det er dette som gjør endringen av NMDs rammebetingelser til et interessant tilfelle i forhold til institusjonell teori, ut fra hvilken vi heller ville anta at motstand mot endring var det dominerende trekk ved prosessen. Dette reiser spørsmålet om hvordan institusjonell teori kan bidra til å forklare endringen, og om det aktuelle caset kan bidra med nye elementer til institusjonell teori.

For å forsøke å svare på dette, vil jeg under presentere to muligheter som kan vise hvilke faktorer som styrer hendelsesforløpet i denne retningen. Begge tar utgangspunkt i en institusjonell tilnærming, men peker samtidig mot nye mekanismer som kan bidra til å forklare hendelsesforløpet. Den første åpner for at grunnlaget for den norske legemiddelpolitikken som NMD var en integrert del av kan ha forvitret over tid. Det neste forslaget til en forklaring åpner for at møtet med et europeisk markedsorientert system kan ha artet seg som et sjokk for et lukket, norsk helseorientert system.

2.2 Forklaringer av endring

2.2.1. Endring gjennom forvitring

Den første forklaringen utelukker ikke den andre, men viser snarere til en prosess som går forut i tid, og tildels kan utgjøre en forutsetning. Denne muligheten viser til at de faktorer som hadde betydning for hvordan endringen skjedde, kan finnes i en institusjonell utvikling over tid, og ikke først og fremst i den spesielle situasjonen EØS skapte. Mens institusjonell teori gjerne vektlegger stabilitet eller inkrementelle endringer innenfor et institusjonelt bestemt register for handling, kan det være at legemiddel-sektoren over tid har gjennomgått grunnleggende endringer som har ligget skjult bak en politisk retorikk som ikke har tatt opp i seg disse endringene. Koblingen mellom politiske symboler og institusjonell praksis kan ha vært løsere enn det i utgangspunktet ser ut til. Mens en teori om institusjonell dynamikk viser til at slike avvik fra en likevektssituasjon snarere er regelen enn unntaket, vil et stort avvik mellom institusjonelle løsninger og omgivelsenes standarder som har utviklet seg over lengre tid kunne føre til at motstand mot endringer blir vanskeligere å målbære. En hendelse som et reformforsøk eller, som i vårt tilfelle, inngåelse av en internasjonal avtale kan lede oppmerksomheten mot denne manglende likevekten og slik øke etterspørselen etter, eller oppslutningen om, løsninger av den type den eventuelle tilpasningen innebærer. En tilnærming som dette indikerer at endring kan skje i sprang, slik det ser ut til å ha skjedd i dette tilfellet.

En slik forklaring kan beskrives som at den politiske retorikken rundt NMDs eneretter har skjult, eller ikke tatt opp i seg, at bedriften NMD i etterkrigstiden har gjennomgått en gradvis omstilling og gått i retning av økt bruk av markedsorienterte virkemidler. Disse endringene kan ha forårsaket en forvitring av basisen for den norske tradisjonelle legemiddelpolitikken på dette området. EFTA-EF-prosessen organiserte oppmerksomhet mot dette gapet mellom politisk symbolbruk og faktisk virkemåte, og skapte således en mulighet for endring. Prosessen betød for

legemiddelsektoren at de endringer som i praksis allerede hadde skjedd, ble kodifisert eller formelt anerkjent gjennom lovgivning.⁹

For institusjonell teori betyr dette at *politiske* standarder, prosedyrer, regler og symboler i løpet av forholdsvis kort tid kan miste mening innenfor politiske institusjoner, dersom den grunnen disse standardene og symbolene bygger på har forvitret gjennom endringer over lengre tid i de systemene politikken er ment å styre.

Et annet alternativ innenfor samme perspektiv, er at formelle og uformelle strukturer og politisk retorikk på legemiddelsektoren *begge* har vært i utakt med en mer generell samfunnsmessig utvikling (modernisering). Mens det forrige forslaget ser endring som drevet av mangel på likevekt mellom politisk retorikk og faktisk virkemåte på legemiddelsektoren, spesielt NMD, er den neste forklaringen konsentrert om endring som drevet av manglende likevekt mellom legemiddelsektoren på den ene siden og en generell moderniseringstendens i det norske samfunnet på den andre siden.

Mens flere andre sektorer i det norske samfunn siden begynnelsen og midten av 1980-tallet har gjennomgått en moderniserings- og/eller en internasjonaliseringsprosess, synes norsk legemiddelsektor i stor grad å ha vært lukket for disse endringene. Denne utviklingen kan ha forårsaket en forvitring av basisen for den tradisjonelle norske legemiddelpolitikken og de virkemidlene som har vært brukt. EFTA-EF-prosessen organiserte oppmerksomhet mot dette gapet mellom organisering av, og symbolbruk på legemiddelsektoren på den ene side, og de samme forholdene på andre sektorer på den annen side.

For institusjonell teori betyr dette at *både politiske og instrumentelle* standarder, prosedyrer, regler og symboler i løpet av forholdsvis kort tid kan miste mening innenfor en lukket sektor, dersom den grunnen disse standardene og symbolene bygger på forvitrer over tid gjennom generelle endringer i samfunnet forøvrig.

⁹ Jeg sier selvfølgelig ikke med dette at monopolet uformelt allerede var avviklet, men snarere at det grunnlaget for monopolordninger, som i utgangspunktet utgjorde den politiske begrunnelsen for at man innførte ordningen, over tid ble borte.

2.2.2. Endring gjennom sjokk

March og Olsen avslutter "*Rediscovering Institutions*" (1989: 171) med å vise til at idéer om sømmelig adferd utvikles gradvis gjennom læring og utvikling av livsanskuelser, noe som igjen kan lede til store avvik mellom institusjonen og omgivelsene. Disse avvikene kan gjøre institusjoner utsatt og sensitive for større sjokk, og institusjonell utvikling til prosesser som preges av perioder med stabilitet avløst av hektiske perioder med endring.

På en slik måte kan det være at kravene om tilpasning til et europeisk system basert på de fire friheter kan oppfattes som et sjokk for en norsk legemiddelsektor som i lang tid hadde vært preget av stabilitet, begrenset internasjonalt samarbeid og tildels sterke barrierer mot endring i retning av privatisering, modernisering og effektivisering. En slik forklaring må også ta hensyn til at muligheten for å oppnå en EØS-avtale kan ha hatt elementer av tvang. En slik tvang kan for de relevante aktørene ha stått som valget mellom et legemiddelmonopol og en avtale. Dersom en ser dette som nasjonale interesser stilt opp mot sektorinteresser, ville det uunngåelig måtte oppfattes som et kraftig press i retning av endring for aktører på legemiddelsektoren.

Situasjonen kan være så spesiell i norsk legemiddelpolitisk sammenheng at sentrale idéer i institusjonell teori - om inkrementell endring og motstand mot mer omgripende reformer - ikke kan fange opp viktige trekk ved prosessen som kan forklare forløpet av den. EFTA-EF-prosessen kan utgjøre et brytningspunkt for legemiddelsektoren. På tross av at legemidler er en utpreget internasjonal vare, har kontrollsystemene for omsetning av legemidler i de fleste land vært under sterk nasjonal kontroll, også i Norge. Med EØS-avtalen måtte den norske legemiddelsektoren på kort varsel forholde seg til et felles europeisk marked, som representerte utfordringer av en ny type for nasjonale institusjoner. Det kan være at omsetning av legemidler på denne måten ble satt inn i en ny kontekst som kan ha gjort tradisjonelle oppfatninger ugyldige. Muligheten for medlemskap i et europeisk økonomisk område organiserer oppmerksomhet rundt de legale krav som settes til et slikt medlemskap, og jo viktigere et slikt medlemskap oppfattes, jo sterkere kan vi anta at presset for tilpasning oppleves. Denne nye situasjonen kan også ha utgjort en mulighet for læring - ved at en konfrontasjon

mellom ulike systemer nødvendiggjorde en re-evaluering av den historiske erfaringen på deler av legemiddelsektoren i Norge.

For institusjonell teori betyr dette at det finnes situasjoner som kan utgjøre en form for sjokk for et system og skape det vi kan kalle brudd med historien. Åpenbare varianter av slike sjokk finnes for eksempel der stater blir utsatt for okkupasjon. Et konkret, og kanskje mer nærliggende eksempel, kan være de prosessene de tidligere øst-europeiske statene gikk gjennom da de kommunistiske regimene falt, og de ble eksponert for markedsorienterte, vestlig inspirerte økonomiske modeller. Den type sjokk vi står ovenfor i dette caset, er av klart mindre dramatisk karakter. Det var et langt større avvik mellom den sentral- og øst-europeiske “kommandoøkonomi” og den vestlige markedsøkonomi enn mellom norske og europeiske standarder for regulering av grossistvirksomhet. I norsk sammenheng var og er likevel EØS-avtalen en viktig politisk hendelse, av stort omfang og med et potensiale for stor innflytelse på det norske samfunn. Derfor synes det relevant å undersøke om også hendelser av denne typen kan virke som et sjokk for et politisk system. Institusjonell tilpasning kan skje raskt og mer effektivt enn teorien tilsier dersom tidligere erfaringer og tradisjonelle symboler mangler gyldighet og mister mening i en ny kontekst. En slik ny kontekst kan skapes ved at sektoren åpnes for andre aktører og interesser, både av nasjonalt eller internasjonalt opphav.

Disse to forklaringene er altså å anse som forslag til hvilke faktorer som kan ha hatt betydning for at endringen skjedde på den måten det gjorde. For å undersøke om disse har forklaringskraft tar jeg i bruk en teoretisk ramme for oppgaven som favner de tre nivå som tidligere er antydnet; de internasjonale omgivelsene, det nasjonale politiske og det institusjonelle, og som samtidig gjør det mulig å gå i større detalj inn i de forklaringene som er foreslått. For det første er det et naturlig sammenfall mellom en idé om eksternt påført sjokk og omgivelsene, eller “EØS-nivået”. For det andre kan en idé om forvitring over tid sees i sammenheng med behandling av empirien på nasjonalt, politisk-administrativt nivå og på institusjonelt nivå.

2.3 Analyse på tre nivå

Institusjonell teori, slik den her er presentert, gir naturlig nok en sentral plass for institusjonell utvikling og historie i analysen. Samtidig er det klart at institusjoner inneholder mennesker og individer, og at institusjoner er omgitt av andre institusjoner. Det er viktig å påpeke at institusjonell teori ikke underkommuniserer betydningen av hverken enkeltaktører eller omgivelser. Imidlertid hevdes det her at den interne institusjonelle historie og dynamikk er viktig for å forstå både individuell, rasjonell handling og omgivelsenes betydning (Olsen 1992).

2.3.1. Omgivelsenes betydning - det europeiske nivå

Endring av organisatoriske strukturer kan sees på som resultat av tilpasning til omgivelsenes krav. Institusjoner må forholde seg til at kontekstuelle faktorer har betydning for deres overlevelse: For å sikre levedyktighet må organisasjonen forholde seg til, og rette seg etter, betingelser som stilles for hva “gode” organisasjoner er, og som organisasjonen selv ikke har kontroll over. Dersom organisasjonen ikke lykkes i å oppfylle disse betingelsene, vil organisasjonen kunne oppleve at eksistensgrunnlaget blir borte, fordi organisasjonen til enhver tid er avhengig av ressurstilførsel fra omgivelsene.

Slike krav til organisasjonen kan være av teknisk, økonomisk, politisk, juridisk eller kulturell art. Å oppfylle de krav omgivelsene setter har sammenheng med legitimitet, og gjør ikke nødvendigvis organisasjonen direkte mer konkurransedyktig, snarere er det nødvendig å tilpasse seg de normer og antakelser som eksisterer i de institusjonaliserte omgivelsene om hvordan kompetitive, effektive, rasjonelle, moderne og veldrevne strukturer ser ut. Å se ut og å oppføre seg som en “god” organisasjon gjør - i følge de delene av omgivelsene som er viktige for organisasjonen - gir legitimitet.

I kapittel 3 vurderer jeg omgivelsenes betydning for beslutningen om å avvikle monopolordningen. Med EØS-avtalen presenteres det for Norge og legemiddelsektoren et sett av krav til hva som kan godtas av statlig inngripen og hva som kan anses som riktig organisering gjennom bestemmelsene om tekniske handelshindre. Dette åpner for en situasjon der EØS-avtalens bestemmelser om statlige monopoler *kan* ha blitt oppfattet som et *juridisk imperativ* - som et pålegg fra mektige aktører utenfor Norge om hvordan norske institusjoner kunne og ikke kunne se ut etter inngåelse av avtalen. Samtidig er juridiske bestemmelser gjenstand for tolkning, og

EFTA-EF-prosessen bestod også av forhandlinger om hvordan tilknytningen mellom de to skulle skje.

Om avtalen ble ansett som et påbud eller ikke, og om opphevelsen av monopolet ble ansett som et tap eller ikke, kan avtalen ha blitt oppfattet som en mulighet til å drive *kompenserende politikk* - det vil si at nye politiske og administrative virkemidler ble tatt i bruk for å oppnå de samme resultater som tidligere. Selv om EØS-regelverket gjør enkelte virkemidler illegitime, står hypotetisk sett stadig et vidt tilfang av virkemidler tilbake under nasjonal kontroll.

Det må derfor undersøkes hvilke krav avtalen stiller på dette området, og hvilke muligheter som stod åpne for nasjonale beslutningstakere.

2.3.2. Politikken betydning - det nasjonale nivå

Endring kan også sees på som utløst og styrt av målbevisste valg. Betraktningssmåten åpner, i motsetning til den omgivelserbaserte, for at intensjoner kan styre valg og handling. Dette er et styringsoptimistisk syn: Beslutningstakere står ovenfor flere mulige alternativ, og kan velge det som passer best til det ønskede resultat.

Beslutningstakerne ses i langt mindre grad som bundet av sine omgivelser i institusjonen eller utenfor, og vurderes som autonome individer. I denne sammenhengen er (den administrative) organisasjonen å anse som et nøytralt instrument for (den politiske) ledelsen. Utfall avhenger av hvem deltakerne i prosessen er, hva de vil oppnå, og om de har den type og den mengde ressurser som kreves for å oppnå de fastsatte mål. Innenfor en organisasjon peker dette mot hierarkiske beslutningsstrukturer, men i en større sammenheng må oppmerksomhet også rettes mot at aktører kan gå i konflikt eller i koalisjon med hverandre. Slik kan struktur og endring av struktur være resultat av maktkamper, der utfallet betinges av hvem som besitter ressursene og deres evner til å bruke dem. Tilpasninger til endringer i omgivelsene skjer derfor fordi noen med ressurser - ideelt sett fordi de er tiltrodd ledende posisjoner - *ønsker* denne utviklingen. Dette peker mot behovet for å kjenne deltakerne i prosessen, deres posisjoner og preferanser.

Kapittel 4 vil således omhandle det nasjonale, politiske nivået. I det politisk-administrative systemet kan det være avgjørende hvem som sitter med regjeringsmakt.

Veivalg tas på bakgrunn av politiske overbevisninger, mens mulighetene for gjennomføring avhenger av den parlamentariske situasjonen. Underveis i beslutningsprosessen rundt monopol-/konkurransespørsmålet skjedde et regjeringsskifte som kan ha hatt betydning for utfallet. Også innenfor partiene er det mulig å forestille seg motsetninger, siden aktører på Stortinget med tilknytning til helsepolitikken kan ha hatt andre interesser enn regjeringen: For regjeringen, som sådan, må man kunne regne med at viktigheten av en EØS-avtale veide tyngre enn de aller fleste nasjonale enkeltsaker.

Beslutningsprosessen omfattet også et forarbeide der aktører utenfor Storting og regjering deltok. Forløpet av dette avhenger også av deltakermønsteret og ressursfordelingen. Det er nødvendig å vite hvilke deler av det administrative apparat som utførte de ulike arbeidsoppgavene, hvem ble tilkjent myndighet til å definere hovedproblemer og løsninger og hvilke aktører som fikk deltakerrettigheter og på den måten kunne påvirke utfallet.

De institusjonelle forholdene i det politisk-administrative beslutningssystemet er likevel de mest sentrale for diskusjonen. Hvordan spørsmålet historisk er blitt behandlet, og om det er dannet mønstre og normer for hvordan monopolet skulle oppfattes, vil kunne ha betydning for hvilke valg som ble tatt vedrørende NMDs monopol underveis i EFTA-EF-prosessen. I dette beslutningssystemet vil det være knyttet antakelser, normer og verdier til monopolets rolle - oppfatninger som kan ha eksistert på Stortinget, i regjeringene og i sentralforvaltningen i noen grad uavhengig av monopolets reelle virkemåte, men holdt levende av stadige tilbakevendinger til temaet; spesielt i Stortinget der spørsmålet om monopolets fortsatte eksistens gjentatte ganger ble diskutert.

2.3.3. Institusjonens betydning - det institusjonelle nivå

Den siste betraktningssåten ser de viktigste faktorene for institusjonell utvikling i institusjonen selv. Institusjoner er autonome størrelser og kan eksistere med en lav grad av avhengighet i forhold til andre strukturer og prosesser rundt seg. Historisk utvikling, oppsamlede erfaringer, rutiner, normer og verdier vokst frem over tid betinger og begrenser fremtidige muligheter.

Legemiddelpolitikken og NMDs stilling er formet over lang tid og i brytningspunktet mellom ulike politiske, faglige og profesjonelle verdier. Dersom ordningen er blitt til, og har eksistert under konflikt, og hvis grupper eller aktører har knyttet ordningen til viktige symboler, kan det antas at den har utviklet en institusjonell egentyngde, det vil si at den har en verdi - negativ eller positiv, avhengig av hvilke grupper en velger å se på - utover den rent instrumentelle. Dette er blant de ting rundt NMD som undersøkes i kapittel 5.

Depotet, og monopolet det var satt til å forvalte, trenger derfor ikke være et speil av de til en hver tid gjeldende behov i omgivelsene, men kan være resultater av historiske prosesser der interne og eksterne forhold går sammen. Politisk og symbolsk viktige ordninger kan oppnå og beholde støtte i politisk-administrative miljøer på tross av stadige utfordringer. Denne robustheten kan bety at dagens institusjoner står frem som tidligere tiders løsninger på nye problemer.

Ved siden av at behandlingen av spørsmålet om monopol i Stortinget har sin egen historie, har også NMD selv en historie. Opprettelsen av monopolordningen betød samtidig etableringen av en helt ny organisasjon med et spesielt formål og med et spesielt innhold av mennesker, profesjoner og strukturer. Gjennom tiden vil disse elementene ha gått inn i en institusjonaliseringsprosess; det skapes normer, verdier og antakelser som er spesifikke for Medisinaldepotet. Institusjonen skaper en felles forståelse mellom individene som er innenfor, og former deres identitet og rolleoppfatning.

For NMD kan det være viktig at bedriftens opprettelse og eksistens har vært knyttet til oppbyggingen av en velferdsstat etter krigen, og til helse- og legemiddelpolitiske mål. Samtidig overtok også den nye organisasjonen de ansatte fra de tidligere private grossistene. Disse fortsatte dermed sine oppgaver, men nå på andre betingelser, som en del av et statlig system. Institusjonen kan dermed ha blitt preget av ulike verdisett, og en institusjonell identitet som er dannet i møtet mellom politiske formål, faglige standarder for driften og ansatte med bakgrunn i privat sektor kan ha hatt betydning for de valg NMD tok i møte med muligheten for endring av rammebetingelsene.

Institusjoner er imidlertid ikke hogget i sten en gang for alltid, men kan endres gradvis. En betingelse for slik institusjonell utvikling er at de eventuelle nye elementer

som kommer inn, for eksempel gjennom endringsforsøk, ligger innenfor de eksisterende rammene for forståelse. Både stabilitet og endring gjennom NMDs levetid er derfor viktig. Monopolsituasjonen kan ha betydd mye for NMDs institusjonelle utvikling, siden den i første omgang var uløselig knyttet til depotets eksistens. Monopol som statlig virkemiddel var i NMD sitt tilfelle imidlertid ikke ukontroversielt, som vi skal se. Depotet har måttet leve med utfordringer av dets legitimitet, og det kan være av betydning hvordan NMD har levet med dette og hvordan det har fylt sin rolle som monopolist.

NMD har også vært nødt til å forholde seg til sine nære handlingsomgivelser. Farmasøyter er den dominerende profesjonen i alle ledd av omsetningskjeden og i det statlige kontrollapparatet, og denne gruppen er bærere av faglige standarder som er sterkt knyttet til varen legemidler. Dette fellestrekket mellom aktørene på (deler av) sektoren, samt NMDs behov for legitimitet og støtte i disse miljøene og institusjonene (Follesø 1975), kan ha satt premisser og hatt direkte betydning for den retning NMD har utviklet seg i.

2.4 Metodisk tilnærming

Siden formålet med studien er å forstå og forklare én spesiell prosess, og siden denne forståelsen knyttes til en institusjonell betraktning, er det naturlig og nødvendig å ta i bruk kvalitativ metode for å tilnærme seg problemstillingen. Formålet med kvalitativ metode er, i følge Andersen (1990), å forstå det unike og spesielle i en situasjon: Kompleksiteten i menneskelige relasjoner er i de fleste tilfeller så høy at det ikke lar seg gjøre å bryte den ned i et lite antall variable. En god forståelse av denne typen problemstillinger krever at en som forsker går inn i situasjonen for avdekke mening, symboler, normer og verdier blant aktørene. Kvalitativ metode er også et nødvendig virkemiddel fordi jeg ser avviklingen av NMDs monopol som et resultat av mulige kilder for påvirkning som legale krav til endring, persepsjonen av disse, historiske omstillingssprosesser på nasjonalt plan og institusjonell historie og dynamikk - variable som ikke lett lar seg operasjonalisere i kvantifiserbare størrelser.

Jeg mener å ha fått en bekreftelse på dette gjennom arbeidet med legemiddelsektoren. Helse- og legemiddelpolitikk er ladet med sterk symbolikk og

favner sentrale verdier i samfunnet. Dette kan eksemplifiseres med en økonomi - helse-dimensjon: I ytterpunktene av en slik dimensjon på legemiddelsektoren finner vi på den ene side for eksempel NMD slik det fungerer i dag, som har avkastning til eierne som det primære mål. På den annen side finnes for eksempel pasientene, som gjerne vil hevde at det ikke kan settes en pris på et menneskes liv og helse.¹⁰ Den endringen som her studeres, har sammenheng med kognitive endringer hos enkelte av aktørene langs en slik dimensjon. Disse kognitive endringene har igjen sammenheng med viktige, “objektive” hendelser og endringer i omgivelsene (som for eksempel tilslutningen til EØS-avtalen). Men skal en som her forstå hvordan monopolet gis en ny mening i en ny kontekst, og hvordan verdier endrer seg over tid, og igjen bruke dette til å forklare overgangen til konkurranse, er det nødvendig å “tre inn i” situasjonen gjennom samtaler med aktørene og gjennom grundige dokumentstudier. En kvalitativ tilnærming har gjort det mulig å vise hvordan ideologiske og andre endringer hadde betydning for hvordan legemiddelsektoren nå organiseres anderledes, og hvordan tolkning av hendelser i omverdenen har betydd noe for aktørenes handlinger.

2.4.1. Kilder

Empirien omfatter både muntlige og skriftlige kilder. Et bredt tilfang av kilder øker mulighetene for samle inn ulike typer opplysninger, øker muligheten for å belyse problemstillingen fra flere sider, og øker muligheten for å kontrollere data mot hverandre. Samtidig utgjør datainnsamling et ressursproblem, og gir opphav til metodiske problemer.

Muntlige kilder

Intervjuer, i alt 17 stykker med 15 ulike informanter, er blitt benyttet for to formål.¹¹ For det første har samtaler med forskjellige deltakere vært viktig for å danne en oversikt over de viktigste aktørene og problemstillingene på legemiddelsektoren generelt, og over problemene og temaene rundt Medisinaldepotets monopolstilling spesielt. For

¹⁰ Se for eksempel Aftenposten 17.07.1996: “En menneskerett å få hjelp.”

¹¹ Informantene er oppgitt i litteraturlisten.

det annet har informantsamtalene vært kilder til opplysninger om tid, sted og personer, og om personlige vurderinger av relevante hendelser. Samtalene varte som regel i omtrent 30 minutter, selv om noen var så korte som 10 minutter og flere varte i over en time.

Samtalene har tatt form av delvis strukturerte intervjuer. En serie spørsmål ble forberedt til hver samtale og spesielt tilpasset den aktuelle informanten ut fra den kunnskap jeg på forhånd hadde om vedkommendes posisjon. Denne type bakgrunnskunnskaper er dog ikke alltid tilstrekkelig rettleidning, slik at samtalen fikk utvikle seg mot andre temaer eller vinklinger enn intervjuguiden tilsa dersom dette syntes mer relevant eller fruktbart.

Intervjuene ble gjennomført over telefon, bortsett fra fire gjort i form av et personlig møte. Dette ble gjort delvis for å spare tid, men også fordi enkelte informanter foretrakk det, noe som synes å ha sammenheng med at flere ga uttrykk for de fant utviklingen av NMDs monopol udramatisk og uproblematisk, og at problemstillingen var av de mindre viktige som berørte legemiddelsektoren i forbindelse med EØS. Samtalene ble registrert ved notater: Lydbåndopptak ble ikke brukt, for å unngå at informantene skulle vegre seg mot å gi opplysninger av mer sensitiv karakter. Av samme grunn, i tillegg til at flere ønsket dette selv, er informantene anonymisert i teksten. Disse to forholdsreglene kan imidlertid ha vært strengere enn nødvendig: I de fleste tilfeller informantene eksplisitt ba om at opplysninger ikke skulle bringes videre, dreide det seg om personlige vurderinger av andre aktørers roller eller egenskaper, eller om forhold som var lite relevante for den aktuelle problemstillingen - men som kanskje opptok informanten mer.

Et problem tilknyttet det å notere fra samtalen, for så å skrive ut hele intervjuet, er muligheten for at momenter ikke blir notert og for minneforskyvning i perioden som går frem til utskrivning. Generelt var erfaringen imidlertid at notater er tilstrekkelig for å registrere det viktigste meningsinnholdet, selv om jeg ved et par anledninger oppfattet det som et problem å ikke ha registrert den fullstendige ordlyden. Av disse grunner har jeg ikke brukt utsagn eller holdninger som jeg ikke anser det som uomtvistelig at respondenten har gitt uttrykk for. Ulempen ved dette er at det til en viss grad begrenser muligheten for å tolke respondentens oppfatninger, men til gjengjeld øker

sikkerheten for at de tolkninger jeg har gjort er riktige. Jeg har heller ikke brukt direkte sitater fra intervjuene.

Minneforskyvning eller direkte glemsel hos respondentene var et problem, siden intervjuene dreiet seg om hendelser som ligger over fire år tilbake i tid. Dette ble forsterket ved at mange som sagt så på prosessen de hadde deltatt i som udramatisk. Minner om tidligere hendelser kan bli tolket i lys av den nåværende situasjonen. Et utsagn om lite dramatikk kan i seg selv delvis være et resultat av at den nye ordningen hadde fått fungere i fire år uten dramatikk. I tillegg kan egne opplevelser bli gjengitt skjevt ved at opplysninger som oppfattes som ufordelaktige for respondenten blir underkommunisert, og omvendt. Derfor har jeg sett det som viktig å sammenlikne opplysninger og vurderinger med andre kilder for slik å kunne danne et riktigere og mer helhetlig bilde. Når jeg på bakgrunn av datamaterialet konkluderer med at avviklingen skjedde udramatisk, og at det var liten intern uenighet i de relevante organisasjonene - spesielt innen NMD og Arbeiderpartiet, hvor slik uenighet ville vært mest kritisk - skyldes det at dette inntrykket blir bekreftet av flere innbyrdes uavhengige kilder og at ingen kilder peker i noen annen retning.

Skriftlig materiale

Det største og viktigste kildematerialet har vært offentlig tilgjengelige dokumenter. Dette dreier seg om stortingsdokumenter, offentlige utredninger, høringsuttalelser, avisartikler, NMDs intern- og eksterntavis og årsrapporter, fagtidsskrifter og enkelte andre typer dokumenter. Jeg har foretatt systematiske søk gjennom relevante stortingsdokumenter f.o.m. 1949 t.o.m. 1996, gjennom Aftenposten 1988 - 1996, Klassekampen 1989 - 1991 og tilsvarende for Norges Apotekerforenings Tidsskrift, Norsk Farmaceutisk Tidsskrift og Tidsskrift for Den norske lægeforening for perioden 1988 - 1995.

En svakhet for oppgaven er at det ikke viste seg mulig å oppnå tilgang til dokumenter som Sosial- og helsedepartementet og NMD anser som interne. Dette berører sterkest deknningen av forarbeidet til og forløpet av EFTA-EF-prosessen, som var preget av en viss hemmeligholdelse begrunnet i hensynet til nasjonale forhandlingsposisjoner. Det har dermed ikke vært mulig å fremskaffe en fullgod

dokumentasjon på beslutningsstrukturen i forholdet mellom embedsverk, regjering og Storting. Dette er forsøkt bøtet på med andre kilder, spesielt muntlige. Arbeidet med oppgaven har imidlertid ikke gitt meg grunn til å tro at en tilgang til eventuelle kilder i disse arkivene ville endret vesentlige sider ved konklusjonene.

Stortingsreferatene har vært spesielt nyttige for å kunne gi et bilde av det politiske spillet rundt NMDs monopol fra opprettelsen av. Disse gir rik tilgang til politiske standpunkter og gode muligheter for å følge utviklingen over tid, siden emnet har vært diskutert av Stortinget i plenum en rekke ganger. Dog dekker de ikke politiske hendelser på Stortinget som skjer utenom de offisielle forhandlingene. I dette tilfellet ser det imidlertid ut til at spill bak kulissene har vært lite utbredt, og at konfliktene rundt NMD snarere kan kalles *spill for galleriet* - at den offisielle og symbolske markeringen av standpunktene har vært det viktigste. Derfor anser jeg de offisielle forhandlingene som gode uttrykk for hvordan det politiske spillet i stortingsmiljøet har forløpt - fordi NMDs monopol i svært liten grad fra opprettelsen og frem til 1989 synes å ha vært gjenstand for debatter utenfor de offisielle fora. Fra 1989 blir derimot stortingsreferatene mindre relevante som kilder for hvordan NMDs monopol politisk ble oppfattet - endringen i oppfatningene rundt NMD kommer ikke først og fremst til uttrykk offentlig fra Stortingets talerstol, men bak lukkede dører på styrerom, i regjeringen, på gruppemøter og i arbeidsgrupper. Fra disse foraene finnes ikke stenografiske referater tilgjengelig. For denne perioden har muntlige kilder større relevans. En type opplysninger har imidlertid vist seg vanskelige å skaffe, også gjennom samtalene, og det er om eventuelle strategiske, interne vurderinger gjort av partiene. Et standpunkt blir gjerne gitt en offentlig begrunnelse i partiets politikk, hva som er det beste for institusjonen eller nasjonen, moral e.l., og det er vanskelig, også i ettertid, å få frem om standpunktet i realiteten var begrunnet i andre forhold. Spekulasjoner om slike vurderinger har funnet sted blir derfor i enkelte tilfelle stående som spekulasjoner.

Avis- og tidsskriftartikler var på sin side viktige kilder for å avgjøre hvilke saker som opptok offentligheten - eller i hvert fall skribentene - på de ulike tidspunkt, og på hvilken måte de gjorde det. Samtidig kan journalistiske arbeidere ofte være belemret med fordreide eller direkte gale sitater, faktafeil og misforståelser, og kan sjelden stå

alene som kilde. Leserinnlegg og tidsskriftartikler er ofte rene meningsytringer og må behandles som sådan. Fagtidsskriftene og NMDs internavis har vært nyttige for å få inntrykk av de rådende holdninger til prosessen underveis i fagmiljøene og bedriften.

For balanse mellom kildene har det vært viktig å se på to så ulike aviser som Aftenposten og Klassekampen, som tok forskjellige redaksjonelle standpunkt i forhold til EØS. Det redaksjonelle standpunktet til avtalen skinner da også i gjennom i nyhetsdekningen av EØS-stoffet, også det som gjelder NMD og legemiddelsektoren. I vurderingen av dette stoffet har jeg tatt høyde for at Aftenposten synes å ha underkommunisert motstand og “problemer” med avtalen, mens Klassekampen la stor vekt på akkurat disse sidene.

På samme måte som dataenes pålitelighet kontrolleres for ved å sjekke andre kilder, er kryssjekking også viktig for å korrigere egne oppfatninger og tolkninger som dannes underveis. Jeg har i oppgaven forsøkt å konsekvent foreta slike kontroller, og å oppgi flere kilder der slike kontroller er benyttet. Det siste er imidlertid ikke ved alle anledninger funnet mulig eller nødvendig.

Et problem med en kvalitativ studie av denne type kan være å vurdere kriteriene for å velge ut data og på hvilket punkt man skal avslutte datainnsamlingen. For intervjuenes del så jeg det som sentralt å “rekke over” representanter for de relevante miljøene eller gruppene. Stortingspolitikere viste seg imidlertid vanskelige å få tak i, men mitt inntrykk er at dette utelukkende hadde praktiske årsaker som møteaktivitet, reiser og liknende. Til sist var det dog bare ett intervju - med en Høyre-politiker fra Syse-regjeringen - som ikke ble noe av. Jeg regner dette som uproblematisk, siden partiet er representert med en annen stortingspolitiker, og siden oppgavens problemstilling gjorde det naturlig å konsentrere seg om Arbeiderpartiets politiske snuoperasjon. Høyres holdning til spørsmålet var også klart på forhånd. I tillegg stod jeg i dette tilfellet ovenfor et prioriteringsproblem der en fortsatt bruk av ressurser på denne type datainnsamling måtte veies opp mot den antatte nytten av et mulig intervju. Vurderingen ble imidlertid etterhvert gjort enklere ved at den marginale nytten av samtalene viste seg synkende - nye intervjuer viste seg i økende grad å bekrefte allerede innhentede data. Dette problemet har også vært til stede når det gjelder den skriftlige informasjonen, men i langt mindre grad: Å avslutte denne innsamlingen ble i

tillegg bestemt av et stadig mindre tilfang av stoff. NMD er neppe av de mest omskrevne institusjoner i Norge, og det aller meste av den tilgjengelige, og for problemstillingen relevante, litteraturen rundt legemiddelsektoren er så langt jeg kan bedømme tatt hensyn til i denne oppgaven. Samlet oppfatter jeg det empiriske materialet som tilstrekkelig til å gi et godt bilde både av de relevante faktiske forhold og av meningsdannelse hos de forskjellige aktører. Som nevnt er det problemer tilknyttet både intervjuformen og manglende tilgang på interne dokumenter, men av årsaker som jeg også har gjort rede for, mener jeg disse problemene ikke vil ha noen avgjørende betydning for oppgaven.

3. EØS / EF-retten

3.1 Innledning

Det finnes ikke et absolutt startpunkt for den prosessen som munnet ut i avtalen om EØS, men den talen EF-kommisjonens president Jacques Delors holdt i Europa-parlamentet 17. januar 1989 kan få markere en begynnelse. Delors understreket her behovet for en formalisering og en utvidelse av samarbeidet mellom EFTA og EF. EFTA-landene svarte positivt på denne invitasjonen i et møte i Oslo mars samme år gjennom en erklæring som signaliserte et ønske om samarbeid om de “fire friheter”, på enkelte tilgrensende områder som ikke går direkte på markedssamarbeid, og om felles besluttede og administrative organer.

I løpet av desember 1989 hadde alle EFTA-landene og EF offisielt bekreftet et ønske om å innlede forhandlinger. For EFTA var ønsket om å oppnå de økonomiske fordelene ved en integrering i det indre marked avgjørende, uten å måtte ta de politiske belastningene som ville kunne følge med et fullt medlemskap. Innen EF ønsket man å finne en form som tillot et nærmere samarbeid med stater rett utenfor EFs grenser, uten å måtte tilby dem fullt medlemskap - et eksperiment med et europeisk samarbeid i flere hastigheter (Sejersted m. fl. 1995).

3.2 Markedssamarbeid og legemiddelsamarbeid

Etter at EØS-avtalen trådte i kraft, må NMD og den norske stat gjennom avtalen forholde seg til deler av det lovverket som er bygget opp i EF gjennom flere år, og som gjennom avtalen også er blitt gjeldende norsk rett. Avtalen omfatter i utgangspunktet ikke helsepolitikk eller legemiddelpolitikk. Det står hvert enkelt land fritt å utforme nasjonale målsettinger på disse områdene. Heller ikke Romtraktaten berørte samordning av helsepolitikken i samarbeidslandene, selv om en utvikling i denne retningen er signalisert: På EFs møte i Maastricht i 1991 ble man enige om å utvide samarbeidet på helseområdet (Søgaard m. fl. 1992). Derimot finnes det et politisk og faglig samarbeid på legemiddelområdet i EF. For EØS er helsepolitikken et anliggende indirekte gjen-

nom annen type lovgivning, og Norge står utenfor det legemiddelfaglige samarbeidet i EF, som fra 1995 har overnasjonale elementer.¹²

Det ble forhandlet om, men ikke innført deltakelse i dette samarbeidet under EØS-forhandlingene. Norge ønsket, og var rede til, å akseptere avgjørelser om felles europeisk godkjenning av legemidler gjort av European Medicines Evaluation Agency (EMA), mot at landet fikk delta i de saksforberedende organer på lik linje med medlemslandene, men slik deltakelse ble ikke akseptert fra EF-hold (Jøldal 1992). Norge står dermed uten formell tilknytning til de viktigste institusjoner i legemiddel-samarbeidet i europeisk sammenheng.¹³ Dette skyldes at EØS-avtalen er begrenset i forhold til både EF og EU-samarbeidet. (Som søkerland til EU fikk Norge tilgang til arbeidsgrupper og faglige komitéer i det europeiske legemiddelfaglige samarbeidet med observatører.)

EØS kan isolert sett sees som en teknisk tilknytning til det europeiske fellesskap, en utvidet handelsavtale eller “en alminnelig folkerettslig avtale” (Brofoss 1992: 108), om enn en svært omfattende sådan. Avtalen innlemmer ikke de tre EFTA-land som nå står igjen som signatarer til avtalen i det bredere europeiske politiske samarbeidet. Kjernen i avtalen er markedstilpasningen mellom landene. Norge forpliktes til de fire friheter - fri flyt av varer, kapital, tjenester og arbeid: “I EU er markedet et middel for å oppnå politisk og sosial integrasjon. Under EØS-avtalen er det felles marked et mål i seg selv” (Sejersted m. fl. 1995: 58). Endringen av NMDs rammebetingelser (og de andre endringene på legemiddelsektoren, som opphevelsen av behovsparagrafen) er derfor først og fremst knyttet til utviklingen av det grenseoverskridende markedssamarbeidet, ikke til det legemiddelfaglige samarbeidet innenfor EF.

Utviklingen av et felles europeisk system for regulering av legemidler har imidlertid også sin bakgrunn i markedssamarbeidet. Ønsket om å drive kontrollarbeid og regist-

¹² Om utviklingen av det europeiske legemiddelfaglige samarbeidet, se Vogel (udat.) og Gardner (1996).

¹³ Norge har allikevel to andre, men mindre viktige, kanaler inn i samarbeidet. Det deltas i det rådgivende arbeidet i en Pharmaceutical Committee, og dette er hjemlet i EØS-avtalen. I tillegg har Nordisk Legemiddelnemnd, som Norge deltar i, en observatørrolle i en del tekniske arbeidsgrupper.

rering av legemidler på europeisk nivå har vært motivert i ønsket om fri bevegelighet av varer innenfor EFs grenser (Sandell 1996), og har blant annet vært utløst av industriens problemer i møtene med de enkelte lands nasjonale registreringsprosedyrer. Hvert enkelt land ble oppfattet som et eget marked, fordi de ulike medlemsstatene hadde sine egne prosedyrer som speilet nasjonale medisinske tradisjoner, krevde ulike spesifikasjoner og fordi behandlingstiden kunne variere voldsomt og i enkelte land bli svært lang (Vogel, udat.).

Siden EØS ikke omfatter legemiddelsamarbeidet i EF, burde ikke eksistensen av og dynamikken i dette ha hatt noen betydning for beslutningen om å avvikle monopolet. Det kan imidlertid være grunn til å spørre om det europeiske legemiddelsamarbeidet kan ha hatt *indirekte* effekter på beslutningen, for eksempel ved å se for seg et bytteforhold: At Norge tilpasser seg det europeiske systemet på sin side, mot mulighet for deltakelse i det stadig voksende legemiddelsamarbeidet, slik det ser ut til å ha blitt tenkt i forhold til deltakelse i de faglige samarbeidsgruppene. Det er ikke funnet noe tegn på at slike vurderinger er gjort for monopolets del. Snarere var motstanden mot opphevelse av monopolet størst i de faglige deler av legemiddelmyndighetene, de samme miljøet som presumptivt skulle ha størst interesse av et nærere faglig samarbeid.

For grossistvirksomheten på legemiddelsektoren i Norge finnes derfor de relevante delene av EØS-avtalen først og fremst i avtalens hoveddel, og dernest i rettsaktene. Hoveddelen består av materielle og institusjonelle bestemmelser i form av 129 artikler, hvorav noen er tatt direkte fra Romatraktaten og noen er spesielle for EØS. Rettsaktene - omtrent 2000 - er alle de direktiver, forordninger, enkeltvedtak, uttalelser og rekommandasjoner som er hentet ut fra EF-retten og som gjelder for EØS-området (Sejersted m. fl. 1995: 62-65). I tillegg kommer de rettsprinsipper som EF opererer etter og som EØS omfattes av, lovfestede eller ikke. Grossistsiden av legemiddelsektoren ble i første omgang berørt av artiklene som omhandler forbudet mot kvantitative restriksjoner på varebytte mellom landene.

3.3 Artikkel 37 - tilpasning av statlige handelsmonopoler:

Viktig for monopolsituasjonen er Romatraktatens art. 37 som tilsvarende EØS-avtalens art. 16. Art. 37 lyder:

“Medlemsstatene skal gradvis tilpasse statlige handelsmonopoler slik at all forskjellsbehandling av medlemsstatenes statsborgere blir utelukket fra utløpet av overgangsperioden når det gjelder vilkårene for forsyning og avsetning.

Bestemmelsene i denne artikkel skal anvendes på ethvert organ som en medlemsstat rettslig eller faktisk, direkte eller indirekte, bruker til å kontrollere, lede eller merkbart påvirke importen eller eksporten mellom medlemsstatene. Bestemmelsene skal også anvendes på monopoler som er delegert rettigheter fra staten” (Utenriksdepartementet 1995: 65). [Ikke hele artikkel 37 er gjengitt, kun den delen som tilsvarende artikkel 16 EØS].

Når jeg her diskuterer artikkelen fra Romatraktaten, og ikke EØS-avtalen, er dette fordi de to artiklene kun har marginale forskjeller i ordlyd, og i mening er innholdet det samme. En forskjell er at det i artikkel 16 EØS ikke finnes noen henvisning til en overgangsordning, men dette har liten betydning i denne sammenheng. I tillegg var det artikkel 37 de juridiske vurderingene som ble gjort i forkant av avtalen refererte til. Bakgrunnen for dette kravet om tilpasning av statlige monopoler kan finnes i at forbudet mot kvantitative restriksjoner på handel over landegrensene (artikkel 30 i Romatraktaten) ble ansett som utilstrekkelig. Selv om en stat har opphevet slike restriksjoner, kan den stadig styre importen gjennom et statlig innkjøpsmonopol ved rett og slett å ikke kjøpe av en utenlandsk leverandør. Slik kunne en stat tilgodese nasjonal industri (Borch 1991).

Det er viktig at artikkelen i utgangspunktet ikke innebærer noe forbud mot statlige monopoler *per se*, men mot monopoler som kan medvirke til forskjellsbehandling av aktører innen EØS-området. Gjennom den såkalte Manghera-dommen (EF-domstolen 1976, sak C-59/75) er det imidlertid fastslått at statlige eneretter til import, i dette tilfellet det italienske monopolet på import av tobakk, medfører den type forskjellsbehandling som kreves tilpasset i følge art. 37. EF-domstolen krevde derfor en tilpasning av monopolet som ville gjøre enhver form for forskjellsbehandling umulig - i praksis en avvikling av monopolet. Vanskelighetene med å opprettholde slike importmonopol har sitt opphav i vanskelighetene med å bevise at det ikke forskjellsbehandler aktører i systemet dersom noen av dem skulle hevde at slikt skjedde.

Savia er særlig klar på dette punktet (Savia 1993: 62-64): Her tolkes Manghera-dommen som et forbud mot både import- og engrosmonopoler *per se*. Dette selv om

artikkelen bare ber om at statlige handelsmonopoler blir tilpasset. Det viser seg at å justere slike monopoler på en slik måte at det kan vises at forskjellsbehandling ikke finner sted er svært vanskelig, om ikke umulig. Tilbydere skal være sikre på at de har like muligheter til å selge sine varer over hele rettsområdet, på samme måte som etter-spørkerne skal være sikre på at de kan kjøpe en hvilken som helst vare fra et annet land innen området uten statlig innblanding. Dermed kan *tilpasning* for disse typer monopoler leses som *avvikling*. NMDs eneretter bestod av både import- og engrosmonopol. Borch (1991) deler Savias oppfatning om at ikke er noen tvil om at denne typen monopoler er i strid med art. 37 og derfor må oppheves.¹⁴

3.4 Et mulig unntak fra artikkel 37: Art. 30 og 36

I proposisjonen om ratifikasjon av EØS-avtalen, vises det på den annen side til at artikkel 16 (tilsv. art 37 i Romatraktaten) må sees i sammenheng med artikkel 11 i EØS-avtalen (tilsv. art. 30 i Romatraktaten). Denne artikkelen forbyr kvantitative handelsrestriksjoner, og skal hindre alle typer tiltak som kan hindre handel over landegrensene. Det finnes imidlertid unntak fra et slikt forbud dersom viktige samfunnsmessige hensyn tilsier det. Disse unntakene er nedsatt i artikkel 13 i EØS-avtalen (tilsv. art. 36 i Romatraktaten), er ment å være uttømmende, og gjelder i prinsippet alle typer av importhindre; kvantitative restriksjoner, tariff, reguleringer og nasjonale produktkrav. Slike samfunnshensyn er offentlig moral, orden og sikkerhet og vern om menneskers og dyrs liv og helse (Sejersted m. fl. 1995). I regjeringens proposisjon nevnes “hensynet til folkehelsen, forbrukervern og effektiv avgiftskontroll” (St. prp. nr. 100 1991-92: 117). Man kunne altså tenke seg en argumentasjon for å beholde NMDs monopoler med bakgrunn i at de spilte viktige roller for å sikre folkehelsen i

¹⁴ For detaljistleddet faller imidlertid dette annerledes ut. Foreløpig er det uklart hvorvidt og i hvilken grad detaljistmonopoler virker hindrende på handel mellom land, og således må tilpasses for å unngå dette. Imidlertid fikk franske farmasøyter gjennom “Case Dellattre” (EF-domstolen 1991, sak C-369/88) slått fast sin rett til et salgsmonopol på legemidler. Denne eneretten “may be presumed to constitute an appropriate way to protecting public health” (Savia 1993: 261). I Norge har man da også på samme vis beholdt både apotekenes og Vinmonopolets enerett i detaljistleddet.

Norge, ved at art. 36 betraktes som mulig å bruke for unntak fra art. 37, selv om art. 36 i utgangspunktet er ment som unntak for art. 30 til 34. Både Sejersted (1995) og Borch (1991) åpner for dette, men Domstolen har i dag (september 1997) ennå ikke tatt stilling til spørsmålet.

Mulighetene for å be om unntak for et nasjonalt virkemiddel av denne typen har også sammenheng med hvor stor inngripen det medfører. *Proporsjonalitetsprinsippet* spiller en rolle for vurderingen av artikkel 36, som et vilkår for å påberope seg unntak fra hovedreglene:

“Det såkalte proporsjonalitetsprinsippet innebærer at myndighetene ikke kan gå lenger i retning av å begrense individers handlefrihet enn det som er *nødvendig* og *rimelig* av hensyn til det offentliges interesse. Det må med andre ord være *forholdsmessighet* mellom de *mål* det offentlige søker å oppnå og de *midler* som brukes for å oppnå målet.” (Sejersted m. fl. 1995: 234, kursiv i orig.)

Dette betyr at et forsvar for NMDs monopol med henvisning til artikkel 36 måtte suppleres med et argument om at monopolordningen var et forholdsmessig inngrep i markedet, med hensyn til de legemiddelpolitiske mål myndighetene ønsket å forfølge. Sagt på en annen måte: I en slik tenkt situasjon måtte det argumenteres for at de viktige samfunnsmessige hensynene ordningen ivaretok, ikke kunne ivaretas med andre virkemidler som ville gripe mindre inn i markedet.

3.5 Andre bestemmelser

Grossistsiden av legemiddelsektoren berøres av EF-direktiv 92/25, i tillegg til artiklene i EØS-avtalen som er vurdert over. Mens artiklene er generelle forbud mot handelshindrende tiltak, er direktivet spesifikt rettet mot regulering av grossistvirksomhet. Direktiver er ikke lovtekster i vanlig forstand, men kan anses som “krav til medlemsstatene om å vedta nasjonale regler av et bestemt innhold”. Direktivet setter altså en målsetting for medlemslandene, mens det er opp til den enkelte nasjonale myndighet å avgjøre hvilke virkemidler som skal tas i bruk, så lenge disse ikke strider mot andre deler av EØS-/EF-retten (Sejersted m. fl. 1995: 25).

Grossistdirektivet ble forberedt i EF-systemet på samme tid som EFTA-EF-prosessen gikk sin gang, og ble etter avtaleinngåelsen en del av EØS-avtalens tilleggsavtale. Direktivet krever at alle grossister skal ha tillatelse til å drive sin virksomhet av nasjonale myndigheter. Det åpner for at de samme myndigheter kan

pålegge bedriftene “offentlig tjenesteplikt”, for eksempel plikter til å føre et spesielt varesortiment eller til å levere varene innen en viss tid, så lenge slike krav ikke er til fordel for nasjonale virksomheter. Dette gjorde det mulig for norske myndigheter å kreve at alle grossister skulle oppfylle fullsortimentskravet og kravet til levering innen en frist på 24 timer (48 i vanskelig tilgjengelige strøk). Direktivet åpner også muligheten for at produsenter som opererer innen EØS-området kan få tillatelse til å importere og distribuere egne produkter uten å gå veien om en grossist. Denne rettigheten gis automatisk.

Siden direktiv 92/25 regulerer både hvor strenge krav som *skal* og *kan* stilles til grossister på de nasjonale markedene, fyller det to funksjoner. For det første har det en markedsfunksjon, ved at det sikrer standardisering av autorisasjonsgrunnlaget for grossister mellom medlemslandene. Produsenter gis egen distribusjonstillatelse, og det kreves at et land ikke skal stille høyere krav til en grossist med tillatelse utstedt i et annet medlemsland enn til grossister med tillatelse utstedt i eget land. I tillegg må alle krav som stilles til grossisten stå i et proporsjonalt forhold til målet for slike krav, jamfør proporsjonalitetsprinsippet. Således fungerer direktivet for å lette handelen mellom land, og for å sikre at aktører som vil drive handel ikke blir forskjellsbehandlet. Men direktivet har også en legemiddelpolitisk funksjon. Det er et av flere uttrykk (som det legemiddelfaglige samarbeidet) for at EF-samarbeidet anerkjenner at legemidler er en spesiell vare som krever reguleringer og særskilte tiltak. Derfor er det i direktivet nedfelt de minstekrav grossister må oppfylle for å få autorisasjon, som skal sikre transport, forsvarlig lagring osv., og derfor åpnes det for å pålegge dem offentlig tjenesteplikt. I den grad grossistvirksomheten i Norge er blitt berørt av det legemiddelpolitiske arbeidet i EF, er det således gjennom grossistdirektivet. Men *fordi* det åpnes for offentlig tjenesteplikt, og fordi kravene til faglig standard o.l. som er nedfelt i direktivet forøvrig ikke avviker på noen sentrale punkter fra de kravene som ble stilt til NMDs virksomhet som monopol, har ikke grossistdirektivet i seg selv medført spesielle endringer i grossistvirksomheten.

Også andre typer reguleringer berører legemiddelmarkedet. *For det første* er parallellimport av legemidler blitt mulig. En importør kan omgå legemiddelprodusentens representant i det aktuelle landet, og i stedet kjøpe det samme

legemiddelet av en tilsvarende representant for den samme produsenten i et annet land der kostnadene ved kjøp er mindre. Parallellimportøren må likevel forholde seg til de godkjente grossistene på mottakermarkedet. Parallellimport står frem som et viktig virkemiddel i Helse- og sosialdepartementets planer for å senke kostnadene på legemiddelsektoren (Vedl. til St. prp. nr. 1 1995-96). *For det andre* åpnes det med EØS-medlemsskapet for postordrekjøp av medisiner for privatkunder, slik at pasienter kan kjøpe et hvilket som helst legemiddel til eget bruk i et hvilket som helst EF-/EØS-land. Denne ordningen er blitt stadig mer utbredt i USA, hvor den lenge har vært i funksjon. *For det tredje* medfører nye anbudsregler at offentlige innkjøp skal ut på anbud i hele EØS-området. Særlig berører dette sykehusene, som på samme måte som apotekene tidligere bare kunne handle hos NMD, men som nå er forpliktet til å velge billigere leverandører utenfor Norge, dersom disse finnes blant anbyderne. Disse to siste ordningene betyr i prinsippet økt konkurranse for NMD utover den konkurransen bedriften får direkte gjennom etablering av nye engrosforhandlere. Til nå ser det imidlertid ikke ut til at disse alternative kanalene har truet engrosforhandlerne i særlig grad.

3.6 Betydningen av et europeisk regelverk

Det er et sentralt utgangspunkt for oppgaven at avviklingen av NMDs monopol neppe ville skjedd på dette tidspunktet dersom Norge ikke hadde gått inn i EFTA-EF-prosessen. Monopolets stilling ble bekreftet senest i 1988, bare ett år før prosessen startet. Ingen aktører utenfor Stortinget synes på dette tidspunktet å ha drevet noe press i retning av avvikling. I tillegg oppgir alle informantene EØS som den viktigste årsaken til endringen. Det kan derfor med en høy grad av sikkerhet slås fast at EØS-avtalen utgjorde en *nødvendig* betingelse for at endringen skjedde (reelt, da regjeringen Brundtland besluttet å avvikle monopolet) i mars 1991. De fleste informantene mener også at monopolet før eller senere ville blitt avviklet. At monopolet hypotetisk sett kunne falt på et senere tidspunkt dersom EØS ikke hadde blitt en realitet, berører imidlertid ikke konklusjonen. Det viktige i denne sammenhengen, er hvorvidt innholdet i EØS-avtalen også utgjorde en *tilstrekkelig* betingelse. I tråd med en idé om omgivel-senes betydning, er det mulig å tenke seg at avtalens artikler om handelshindrende til-

tak og bestemmelser om grossistvirksomhet utgjorde et uimotståelig press for norske myndigheter - et legalt imperativ. EØS-avtalens bestemmelser kan ha tvunget Norge til tilpasning, fordi avtalen var av større viktighet for Norge enn legemiddelmonopolet var.

Det europeiske regelverket som berører grossistvirksomheten - artiklene og de andre bestemmelsene - har to sider. *For det første* regulerer det grensene for nasjonal styring av markedet, og slår fast markedets forrang fremfor nasjonal styring på enkelte, mer eller mindre godt definerte områder. Kjernen er standardisering, og målet er å fjerne stadig flere særtrekk på de nasjonale markedene som kan hindre handel over landegrensene. *For det andre* tar det hensyn til at legemidler må håndteres på spesielle måter av helsemessige grunner, og dette er for eksempel årsaken til at et potensielt handelshindrende nasjonalt virkemiddel som apotekmonopol stadig godtas.

Utviklingen og eksistensen av europeisk legemiddelsamarbeid og -politikk synes å være svakt knyttet til opphevelsen av NMDs monopol. NMD har, som grossist, ingen direkte tilknytning til arbeidet med harmoniseringen på legemiddelområdet. EUs grossistdirektiv inneholder ingen bestemmelser om en bedrift kan ha enerett på nasjonalt område eller ikke som sådan, bortsett fra at alle produsenter av legemidler innenfor EØS-området automatisk gis rett til å opptre som importør og grossist for sine egne produkter. Direktivet ble også først vedtatt i 1992, og det endelige innholdet var dermed ukjent for det norske beslutningssystemet da vurderingene av NMDs monopol ble gjort i 1990 og -91. Det hersket på dette tidspunktet en viss usikkerhet hos myndighetene om hvilke krav direktivet ville gjøre det mulig å stille til nye grossister som ville etablere seg, for eksempel var det ikke klart om ordningen med flerkanal-distribusjon kunne videreføres slik legemiddelmyndighetene ønsket.¹⁵ Derimot var legemiddelmyndighetene klar over at EF ville stille strenge faglige krav til grossistene (Westbye 1990). Det er naturlig å tro at vissheten om dette kan ha gjort det enklere å gå inn for en avvikling av monopolet, fordi en på denne måten kunne opprettholde en høy faglig standard. I tillegg fungerte (og fungerer) grossistene i flere medlemsland i

¹⁵ Flerkanaldistribusjon: Produsentene distribuerer sine varer gjennom flere (evt. alle) grossistene på markedet.

EU som fullsortimentsleveransdører (Danmark, Tyskland), og i Nederland var (og er) fullsortiment et krav stilt fra myndighetene (NOU 1997: 6). I den grad premiss-leverandører og beslutningstakere var klar over dette, kan det ha virket beroligende med tanke på en mulig avvikling av monopolet. Det har imidlertid ikke vært mulig å få bekreftet om dette gikk inn i vurderingene.

Grossistdirektivet viser at regulering av grossistleddet ikke er ukjent innenfor den europeiske legemiddelpolitikken, men den type regulering grossistleddet i Norge var underlagt - monopolordningen - lå ikke innenfor det europeiske reportoare av reguleringer. Siden Norge var det eneste landet som brukte ordningen, også blant de andre EFTA-landene, er det grunn til å tro at helserelaterte, legemiddelpolitiske argumenter for å beholde ordningen vanskelig ville fått gjennomslag i det ordningen brøt med sentrale prinsipper i avtalen, særlig siden de faglige kravene som stiltes til grossistvirksomheten i Norge ville kunne videreføres innenfor EØS-avtalen.

Redegjørelsen for de relevante artiklene om handelshindringer over viser imidlertid at det ikke i utgangspunktet var gitt at grossistmonopolet på legemiddelsektoren var i strid med EF-reglene. En slik konklusjon ville avhenge av tre vurderinger: For det første om legemidler var en vare som avtalen omfattet, for det andre om monopolet streid mot artikkel 37, og for det tredje om monopolet ikke oppfylte de kriterier for unntak som artikkel 36 regulerer.

Også andre monopoler ble vurdert i forbindelse med EFTA-EF-prosessen, og utfallet av disse prosessene viser at myndighetene¹⁶ ikke oppfattet artikkel 37 som et juridisk imperativ, eller et uforbeholdent forbud mot statlige handelsmonopoler. Statkorns monopol på import av korn ble ikke vurdert som omfattet av avtalen, siden landbrukssektoren var holdt utenfor. Vinmonopolets import- og engrosfunksjoner ble vurdert å ikke omfattes av artikkel 37, siden myndighetene mente å kunne påvise at monopolet ikke var diskriminerende. I tillegg ble det hevdet at Vinmonopolet uansett ville komme inn under artikkel 36, siden det etter norsk oppfatning ivaretok viktige

¹⁶ Jeg bruker foreløpig bare en fellesbetegnelse på de aktørene på legemiddelsektoren og i forberedelses-/forhandlingsapparatet som deltok i EFTA-EF-prosessen i dette spørsmålet. Jeg kommer senere inn på de enkelte aktørenes rolle i prosessen.

mål i alkoholpolitikken (Ot. prp. nr. 51 1994-95). At disse vurderingene senere viste seg å ikke bli delt av EFTAs overvåkningsorgan, som mente Vinmonopolet måtte tilpasses ved å oppheve monopolet på import og engrossalg, har ikke betydning for den responsen som her studeres. Eksempelet viser at myndighetene var villige og i stand til å argumentere for å videreføre nasjonale, politisk viktige ordninger.

Det var i utgangspunktet ingen tvil om at legemidler var en vare som avtalen omfattet, på tross av at helse ikke var et område som lå innenfor. Dersom ikke annet er angitt, omfatter avtalen de varetyper som er nedtegnet i det såkalte harmoniserte system, som følger av en internasjonal konvensjon om varebeskrivelser som ble vedtatt i 1983 (Sejersted m. fl. 1995: 221-222). I tillegg ville det vært vanskelig å argumentere for at NMD hverken var potensielt eller faktisk diskriminerende. For det første har Norge en nasjonal legemiddelindustri av en viss innenriks betydning, som kunne tenkes å bli tilgodesett under et slikt monopol. Norske produsenter har en høy andel av markedet, i hvert fall i antall solgte enheter - verdien av salget er relativt sett langt lavere (Legemiddelindustrien 1995). For det andre var en svært sentral del av norsk legemiddelpolitikk eksplisitt diskriminerende, selv om den ikke nødvendigvis favoriserte enkelte lands produkter fremfor andres. Behovsparagrafen skulle holde ute fra det norske markedet produkter som dekket behov som allerede var dekket av andre legemidler. Denne paragrafen hadde ingen direkte tilknytning til NMDs monopol som sådan, men begge virkemidlene var del av det samme systemet.

Det ligger sterke føringer på det norske beslutningssystemet i artikkel 37, i og med at EF og EFTA var enige om at legemidler som vare skulle inkluderes av avtalen. I dette ligger det klare elementer av press. Allikevel synes det på bakgrunn av denne diskusjonen klart at krav om tilpasning til EØS-avtalen ikke alene kan forklare hvorfor monopolet falt på den måten det gjorde. Lover og regler er gjenstand ikke bare for juridisk tolkning, men også for politisk tolkning, spesielt i en grunnleggende politisk prosess som her, der målet er å komme frem til et felles juridisk og institusjonelt system for økonomisk samarbeid. Også de bestemmelser som kunne omfatte grossistvirksomheten måtte være gjenstand for slik tolkning. Alternative responser på de europeiske reglene om handelshindre var mulige. Norge kunne anse ordningen som lovlig, og avvente en eventuell rettssak, eller forhandle om ordningen. Begge deler

kunne gjøres med bakgrunn i å påberope seg unntak fra artikkel 37 med hjemmel i artikkel 36. Kunne NMD-monopolet oppfattes som et forbud som var begrunnet ut fra hensynet til menneskers liv og helse, og således være tillatt i følge artikkel 36? De alternative strategiene til avvikling hadde klare svakheter i forhold til Norges strategi i forkant av og under forhandlingene. Det var et mål å forebygge søksmål av den typen som kunne oppstå dersom en gikk inn for å beholde mono­polet, og i forhandlinger kunne det være vanskelig å stå i mot et mulig press fra EF-hold, eventuelt også fra EFTA-hold. Presset er altså sterkt i retning av den løsningen som ble valgt, men denne tolkningen er likevel ikke entydig i den forstand at ytre tvang alene kan forklare utfallet og forløpet. Beslutningen er avhengig *både* av en tolkning av artiklene 36 og 37 og av en tolkning av mono­polets rolle, funksjoner og plass i norsk legemiddelpolitikk. Når det alternativet myndighetene til slutt endte på, var avvikling av mono­polet og ikke en av de andre tenkelige løsningene, må dette også ha sammenheng med nasjonal politikk og institusjonelle forhold. Det er vist hvordan artikkel 36 kan tolkes. I det følgende undersøkes det hva som har preget den norske politiske debatten om mono­polet, hvordan EFTA-EF-prosessen ble organisert på nasjonalt plan, og på hvilken måte dette hadde betydning for beslutningen. Mer spesifikt vil dette gi en forklaring på hvorfor mono­polet ikke ble forsvart ut fra en argumentasjon begrunnet i artikkel 36 og “viktige samfunnsmessige hensyn”.

4. Monopolspørsmålet i norsk politikk

4.1 Innledning

I denne delen av oppgaven tar jeg for meg hvorledes monopolet som virkemiddel og bedriften som forvaltet monopolet ble behandlet og vurdert i norsk politikk fra opprettelsen til avviklingen. I løpet av denne perioden dannet det seg mønstre og rutiner for hvordan partiene på Stortinget forholdt seg til NMD. Ved avviklingen brytes disse mønstrene opp, de politiske konstellasjonene i spørsmålet endres, og det parlamentariske flertallet går inn for å oppheve monopolet. Gjennom en vurdering av den politiske debatten og det administrative arbeidet rundt NMD-monopolet, settes dette virkemiddelet inn i en historisk sammenheng, og det vises hvilken betydning NMD har hatt i norsk legemiddelpolitikk. Opprettelsesprosessen er viktig fordi den, sammen med konfliktene som i de påfølgende årene skulle komme, dannet mønsteret for hvordan de politiske hovedlinjene i spørsmålet senere skulle gå. De responsene EFTA-EF-prosessen utløser i det politisk-administrative apparat vil igjen være avhengige av hvilke mønstre som er dannet for behandlingen av NMDs monopol. De forskjellige partiene har også hatt ulike holdninger til statlig inngripen i samfunnet, og endringer i disse holdningene eller skifter i politisk ledelse kan ha bidratt til å skape grunnlag for endring på legemiddelsektoren.

EFTA-EF-prosessen var en spesiell hendelse for legemiddelsektoren fordi den medførte at norsk legemiddelpolitikk måtte sees i sammenheng med andre politikk-områder. Økonomisk politikk og utenrikspolitikk drives i andre strukturer og av andre individer enn legemiddelpolitikken, som tradisjonelt har vært utpreget nasjonalt styrt og tildels lukket for internasjonal påvirkning. Organiseringen av prosessen og deltakelsesmønsteret kan derfor ha hatt betydning for forløpet.

4.2 Opprettelsen av monopolet 1949-1953

Idéen om et eget statlig organ for engroshandel med legemidler hadde en rekke ganger før krigen vært oppe til drøfting, og var i flere tilfeller aktualisert av kriser som gjorde

leveransene av medisiner usikre.¹⁷ Utredninger om spørsmålet var kommet til ulike konklusjoner, men et permanent medisinaldepot ble ingen realitet på tross av midlertidige depoter ble opprettet både under Napoleonskrigene og under 2. verdenskrig.

4.2.1. 1949: Rapporten

Beredskapshensyn var viktige også da det i 1947 ble nedsatt et nytt utvalg som skulle vurdere om det skulle opprettes et statsmonopol på området. Utvalget bestod av to ansatte i Sosialdepartementet, en økonom, to apotekere og en representant for et av de eksisterende private grossistfirmaene. Utvalget delte seg i to fraksjoner: De to departementsansatte og økonomen, fraksjon A, gikk inn for et statlig legemiddelmonopol, de tre siste, apotekerne og grossistrepresentanten i fraksjon B, gikk i mot (Vedlegg til Ot. prp. 78 1949). I rapporten la de to fraksjonene frem sine synspunkt på om et statlig monopol ville være tjenlig i forhold til en serie praktiske spørsmål: Om et medisinaldepot ville kunne sikre bedre kontroll med legemidler, om det kunne besørge pris- og fraktutjevning, om et monopol kunne gi billigere medisiner, og naturlig nok kriseberedskapsproblemet. Rapporten fulgte et mønster: Fraksjon A påpekte problemer ved de nåværende ordninger og anså et statlig medisinaldepot som løsningen på dem. Medlemmene i fraksjon B hadde et todelt forhold til disse argumentene: Dels oppfattet de problemene som ikke-eksisterende, og dels så de på et monopol som en dårlig løsning på de problemene som faktisk fantes. Fraksjon As konklusjon ble møtt med sterk motstand i høringsinstansene: Produsentene, de private grossistene, apotekene, leger og farmasøyter, det vil si i alle fagmiljøene som har befatning med legemidler (Follesø 1975).

Spørsmålet var ment å skulle behandles i Stortinget i 1949, men ble da utsatt. Saken ble også utsatt i 1950, i ettertid forklart av Einar Gerhardsen med at regjeringen ikke ville bringe et så kontroversielt problem inn for nasjonalforsamlingen i en situasjon der nasjonal enhet var nødvendig, ettersom den internasjonale spenningen var stor på grunn av urolighetene i Korea (Ot. tidende 1953: 84).

¹⁷ I 1809, 1860, 1891, 1898, 1909, 1915 og 1926 (Ot. prp. nr 78 1949).

4.2.2. Departementets merknader 1952

Sosialdepartementet fulgte fraksjon As konklusjoner fullt ut, og gjentok i Ot. prp. nr. 29 (1952) fraksjonens argumenter. I tillegg har imidlertid departementet gitt enkelte kommentarer som i sterkere grad enn fraksjon A viser til en politisk motivasjon:

“Når det gjelder legemidler som skal tjene til å redde menneskeliv, helbrede sykdom og mildne lidelser, ligger det etter departementets mening klart i dagen at en ikke kan la spørsmålet om prisdannelse og omsetning løse seg selv uten noen regulerende innflytelse fra samfunnets side. En blir da avhengig av spørsmål som ikke har noe med legemidlenes oppgave å gjøre. Et legemiddels pris vil således i alminnelighet ikke stå i noe rasjonelt forhold til midlets nødvendighet og dets helbredende virkning, men vil være avhengig av en hel rekke forhold som ikke har noe med sykdommens alvorlighet eller langvarighet å gjøre. [...] Det er derfor bare naturlig at samfunnet også når det gjelder legemidler har grepet regulerende inn. Legemidler er i det hele varer som dårlig egner seg for omsetning etter rent forretningsmessige prinsipper. De hører i utpreget grad til den gruppe av nødvendige forbruksvarer hvis prisdannelse og omsetning samfunnet bør regulere etter rene behovssynsmåter. På liknende måte som mange samfunn i våre dager driver en bestemt “ernæringspolitikk” med regulering av produksjon, omsetning og prisdannelse for visse matvarer, bør det drives en “legemiddelpolitikk” med sikte på å bringe nødvendige leg[e]midler fram til de syke som trenger dem til billigst mulig pris og med kontrollert kvalitet. Den pris som den syke betaler for det enkelte legemiddel vil under en slik ordning ikke alltid behøve å svare til legemidlets vanlige forretningsmessige verdi” (Ot. prp. nr. 29 1952: 4-5).

Dette sitatet gir kanskje en bedre forklaring på hvorfor regjeringen støttet fraksjon A enn noen av utlegningene om de praktiske fordeler av et monopol, siden det gir en god illustrasjon av det positive synet på statlig styring av samfunnet og den skeptiske holdningen til private interesser som hersket i deler av det politiske miljøet under oppbyggingen etter krigen. Det er viktig å se Norsk Medisinaldepot i denne sammenhengen. NMD var et ledd i konstruksjonen av en sosialdemokratisk velferdsstat etter krigen, i en parlamentarisk situasjon der Arbeiderpartiet satt med flertallet av mandatene på Stortinget, og således i en posisjon som gjorde det mulig å forfølge ambisiøse mål. Dette understrekes av debatten i Odelstinget i januar 1953.

4.2.3. Stortingsbehandling 1953

Omfanget av stortingsbehandlingen viser, i likhet med motivet for utsettelse i 1950, at saken var politisk kontroversiell. Referatet fra debatten strekker seg over 48 sider, og møtet varte i over 7 timer (Ot. tidende 1953: 51-102). Diskusjonen mellom regjeringspartiets representanter og opposisjonen gikk på to plan.¹⁸ For det første debatteres de

¹⁸ Hele opposisjonen unntatt én Venstrerepresentant stemte mot forslaget.

praktiske argumenter for og i mot et monopol. For det andre debatteres den ideologiske motivasjon bak forslaget.

Regjeringspartiets representanter brukte praktiske argumenter som ligger svært nære fraksjon As, og opposisjonen brukte fraksjon Bs innvendinger om at eventuelle problemer kunne og burde løses på mindre inngripende måter enn et statlig monopol. Videre hevdet opposisjonen at forslaget var et ledd i “dei generelle sosialiseringstendensane i Arbeiderpartiet” (Repr. Bondevik, *ibid*: 55). Arbeiderpartiet på sin side avviste disse argumentene om sosialisering ved å vise til at privatøkonomiske interesser ikke kunne tjene samfunnets interesser på et område av en så spesiell karakter som helsesektoren. Det var moralsk betenkelig at noen skulle tjene penger på andres lidelse, og salg av legemidler etter forretningsmessige prinsipper kunne bety lavere kvalitet og høyere pris.

Argumentene illustrerer flere sider av Arbeiderpartiets politikk på denne tiden. For det første fantes det områder av samfunnslivet som var så viktige og av en så spesiell karakter at fellesskapet gjennom staten måtte ta ansvaret for dem. For det andre argumenterte partiet med at “folket” stod på det parlamentariske flertallets side, og for det tredje viser sitatet en dyp skepsis til private løsninger og motiver. En statlig løsning var moralsk riktig fordi ingen på den måten ville kunne tjene penger på andres elendighet og sykdom.

Fordi debatten dreide seg om både ideologiske og praktiske hensyn, og fordi de to ulike sidene støttet seg til de to fraksjonene i utvalget som utredet spørsmålet, ble debatten på enkelte punkter også en kamp om hvem som skulle definere debattens innhold og bakgrunn.

For det første var det en kamp om debatten burde være ideologisk eller praktisk. Blant annet kritiserer representanten Friis fra Arbeiderpartiet både statsråden og komitéen for å behandle hva han mener er en “moralsk-politisk foranstaltning” som et praktisk spørsmål (Ot. tidende 1953: 83-84; Follesø 1975). Et annet eksempel er Lyng (H) som hevdet å være uten spesielle motforestillinger om monopoler generelt, men som reagerte på Arbeiderpartiets ideologiske skepsis til private motiver, og som derfor ikke kunne godta dette som et argument for et Norsk Medisinaldepot. Selv om de praktiske fordeler og ulemper ved et monopol på området tok opp en stor del av

debatten er allikevel helhetsinntrykket at de ideologiske motiver var viktigst. En Arbeiderparti-representant anså da også Norsk Medisinaldepot som et første skritt på veien mot å la staten ta ansvaret for hele legemiddelsektoren (Ot. tidende 1953: 94).

For det andre stod det en kamp om hvem som skulle kunne defineres som sakkyndige i utvalget, og dermed best i stand til å vurdere de praktiske sider av en opprettelse: Opposisjonen anså fraksjon B som mest sakkyndige, siden denne delen av utvalget bestod av folk med tilknytning til det legemiddelfaglige og til næringen. Regjeringspartiet viste imidlertid til at disse måtte anses som partiske, siden de hadde forretningsmessige interesser i utfallet av saken, og at fraksjon A var å anse som de mest sakkyndige siden disse, to ansatte i Sosialdepartementet og en “frittstående” økonom, kunne se på spørsmålet som “det samfunnsspørsmål det er” (Ot. tidende 1953: 96; Follesø 1975: 46). Disse forhold gjorde det mulig for debattantene til en viss grad å snakke forbi hverandre. Debattantenes ulike premisser for debatten understreker avstanden mellom partene.

Først og fremst understreker imidlertid debatten hvordan grossistvirksomheten står i grenselandet mellom helse og økonomi. Nasjonaliseringen av grossistene ble en utvidelse av velferdsstaten på bekostning av det private markedet - på tross av motstanden fra den farmasøytiske profesjonen. Gjennom overtakelsen ble NMD også, ved at det ble utformet helserelaterte mål for virksomheten, tillagt en del oppgaver som i sterkere grad enn tidligere knyttet grossistleddet til en helsetankegang. Sagt på en annen måte ble den statlige helsesektoren utvidet ved å innlemme et nytt virkemiddel i norsk helsepolitikk. Det er dette som omfattes av *Arbeiderpartiets politiserende linje*: At politikkområdet utvides til også å dekke deler av den aktuelle sektoren som tidligere ikke var omfattet av direkte statlig inngripen.

Stortingsbehandlingen ved opprettelsen dannet et mønster for en langvarig konflikt mellom Høyre og Arbeiderpartiet om saken. Dette mønsteret skulle vise seg å endre seg lite frem til 1989, selv om de andre partienes rolle endret seg og gjorde det mulig å opprettholde ordningen på tross av skiftende parlamentariske situasjoner.

4.3 Politisk debatt 1957 - 1988

Uenigheten om Medisinaldepotets eneretter skulle ikke bli særlig mindre etter oppstarten i 1957. Det første forslaget om å avvikle NMDs monopol kom allerede i 1958 og ble fremsatt av Høyre (St. tidende 1958: 774). Frem til og med 1988 fremsatte samme parti samme forslag en rekke ganger: I 1964, i 1967, i 1969 (bare eksportmonopolet), i 1979, i 1982 og sist i 1988. I årene mellom disse formelle forslagene kommer debatter der det henvises til at avvikling er ønskelig: I 1959, i 1963, 1971, 1983 og i 1985.¹⁹ I de aller fleste tilfeller kommer spørsmålet opp i de jevnlige rapportene om NMDs virksomhet, som ble forelagt Sosialkomitéen som stortingsmeldinger. Bare en gang stemte et annet parti for disse forslagene: Fremskrittspartiet stemte sammen med Høyre i 1988. Ved samtlige anledninger er det klart at Høyre visste de ville bli stående alene og dermed ville tape en avstemming, selv om forslaget enkelte ganger ikke hadde vært tatt opp i Sosialkomitéen i forkant.

I det påfølgende beskrives kjennetegnene ved disse 30 årenes debatt om NMDs monopol tematisk.²⁰

Høyre var alene om å ville avvikle monopolet²¹

Gitt den harde debatten i 1953 om opprettelsen, ville det kanskje være naturlig å tro at i hvert fall Kristelig Folkeparti ville engasjert seg på Høyres side. Når dette ikke skjedde, kan det gi et inntrykk av at motstanden i de øvrige partiene mot monopolet i 1953 først og fremst bunnet i skepsis til Arbeiderpartiets ideologiske motiver for å ville opprette monopolet, og til om nytten av en slik operasjon ville bli større enn

¹⁹ Se referater i St. tidende 1958-59: 803-811; 1961-62: 1529-1537; 1962-63: 2408-2413; 1967-68: 38-46; 1968-69: 3494-3496; 1973-74: 1816-1921; 1970-71: 2476-2478; 1978-79: 2004-2015; 1979-80: 1657-1658; 1981-82: 1928-1942; 1983-84: 708-709; 1984-85: 2810-2817; 1987-88: 2013-2023; Ot. tidende 1963-64: 890-904.

²⁰ Når jeg i dette kapitlet bruker eksempler og sitater fra debatter fra stortingssesjoner som ligger langt fra hverandre i tid, er det fordi flere av temaene er så godt som identiske i hele perioden fra 1953 til 1988, og de samme argumentene går igjen hos de ulike aktørene.

kostnadene. De første årene var det da også kostnadssiden som opptok de opprinnelige motstanderne. Det ble pekt på at bedriften ble dyrere enn beregnet, at reelle kostnader ble skjult ved at bedriften var unntatt beskatning og at billigere medisiner ikke var oppnådd. Dog var det bare Høyre som ga uttrykk for en ideologisk motstand mot monopolet, og av den grunn gikk inn for å avvikle det. De øvrige partier tok det standpunkt at siden man allerede hadde opprettet monopolet, og dermed brukt de pengene man advarte om at det ville koste, var det ikke lenger noen grunn til å fjerne det.²² Investeringene i NMD var å anse som sunkne kostnader som i hvert fall delvis ville gå tapt ved å vende tilbake til den opprinnelige situasjonen. Denne *pragmatiske linjen* skulle prege Senterpartiets, Venstres og Kristelig Folkepartis standpunkt til monopolet i hele perioden.

At Høyres motstand først og fremst var ideologisk motivert, i en liberal-konservativ forstand, går frem av de prinsipielt begrunnede motforestillinger partiet la for dagen, og av at spørsmålet nærmest rutinemessig ble fremmet for Stortinget. NMD fremstår som noe av en symbolsak. I tillegg er det interessant å se hvilke representanter som engasjerte seg på talerstolen under debattene; forholdsvis kjente høyrenavn som Sven Stray, Jo Benkow, Paul Thyness, John Lyng og Kåre Willoch. De tre siste satt aldri i Sosiaalkomiteén, noe som også tyder på at dette for Høyre i mindre grad var en helsepolitisk sak enn et prinsipielt spørsmål om offentlig sektors omfang og evne til å styre. For Høyre ble NMD et eksempel på at staten var blitt for stor, og at veksten hadde gått på bekostning av det private markedet, uten at begrunnelsen for å innføre det var tilstrekkelig. Dette er *Høyres proporsjonale linje*, som viser til at valg av virkemidler må stå i forhold til hvor sentrale de målene man vil oppnå med virkemiddelet er, og i hvilken grad virkemiddelet bidrar til å nå de mål som er satt. Partiet anså ikke disse kriteriene som oppfylt i tilfellet NMD. Den åpenbare parallellen til proporsjonalitetsprinsippet i EF er interessant, og bidrar til å belyse hvorfor Syse-regjeringen allerede før forhandlingene startet i 1990 valgte å gå inn for å avvikle monopolet.

²¹ Fremskrittspartiet som senere kom til var også skeptisk til monopolet, men valgte en annen strategi (sett bort fra 1988), og ba om utredninger om monopolet, ikke avvikling av det.

²² Se for eksempel Venstres representant Helland, St. tidende 1961-62: 1532

Enighet om bedriftens kvaliteter

Et interessant trekk ved de tilbakevendende diskusjonene om bedriften er at det i alle partier hersket samstemmighet om at Medisinaldepotet løste sine oppgaver på en prisverdig måte; at det ingenting var å utsette på den faglige kvaliteten i bedriften og at driften var rasjonell og effektiv. Høyre, og senere også Fremskrittspartiet, tok imidlertid forbehold om at man ikke kunne vite dette sikkert, siden det i en monopolsituasjon ikke finnes noe sammenlikningsgrunnlag. Man var imidlertid påpasselige med å unngå å kritisere *bedriften* som sådan, også i opprettelsesfasen. De innvendinger som ble fremført ble ikke rettet mot arbeidsstokken eller ledelsen, men dreide seg stort sett om de rammevilkår som ble satt, og om det faktum at omsetningen var organisert rundt et monopol. Når Høyre understreket at partiet ikke hadde noe å utsette på NMD, kan dette ha vært for å markere spørsmålet som en prinsipiell sak. Høyre så på grossistleddet i legemiddelomsetningskjeden som et vanlig handelsforetak, ikke som et samfunnshensyn som kvalifiserte til et så sterkt virkemiddel som det her var tatt i bruk.

Prisspørsmålet

Det var et unntak fra enigheten om kvaliteten på bedriftens disposisjoner. En av de mest tungtveiende begrunnelsene for å opprette et statlig monopol var å sikre så lave priser som mulig på legemidlene til forbrukerne. Det ble fra Arbeiderpartiets side lagt vekt på at en statlig bedrift ikke skulle ta profitthensyn, og at NMD dermed kunne bruke et eventuelt overskudd til å sette ned prisene på spesielt dyre og/eller viktige medikamenter. Allerede fra 1959 ble det stilt spørsmål om dette ble etterkommet av NMD. Depotet gikk tidlig med overskudd, men disse midlene ble i minimal utstrekning brukt til å sette ned prisene på legemidler. Som Høyre ved flere anledninger påpekte, var det umulig si om opprettelsen av et monopol i seg selv har bidratt til å senke prisene; det mangler som sagt et sammenlikningsgrunnlag. En mengde ulike faktorer spilte og spiller inn på prissettingen av legemidler, og diskusjonen rundt dette illustrerer kompleksiteten på legemiddelsektoren og de forskjellige partienes ulike ideologiske premisser. Arbeiderpartiet og senere Sosialistisk Venstreparti, pekte på at man burde se positivt på at også en statlig bedrift

går med overskudd, fordi det måtte bety at den var godt drevet.²³ Høyrepartiene pekte på sin side på at en monopolist kan legge opp overskudd ikke bare ved å kutte kostnadene, men også ved å øke prisen på sine tjenester - bedriftens tilbydere eller avtagere er allikevel nødt til å handle med monopolisten. NMDs avanser lå i hele perioden over de avanser som de private grossistene oppga de tok før nasjonaliseringen (11%), og var i perioder oppe i 15 %.

Indikasjoner på at bedriften ikke fulgte opp forutsetningene om å senke prisene på legemidler var altså avansene og overskuddene, som begge ble oppfattet som høye. I neste kapittel viser jeg at NMDs monopolsituasjon og frie stilling i forhold til staten ga bedriften mulighet til å finansiere andre oppgaver i tillegg til å legge opp store reserver. Den første delen av perioden 1957-88 ble disse størrelsene, og de manglende prisnedsettelsene av monopolets forsvarere forklart med for det første at det å bruke NMDs overskudd til prisnedsettelse ville gi svært lite utslag.²⁴ Siden hovedtyngden av et legemiddels pris går som inntekt til produsent og apotek - bare 6% går til grossisten, er dette riktig, men det er heller ingen tvil om at inntjeningene i grossistleddet var forutsatt brukt til prisnedsettelse.

For det andre viste spesielt Arbeiderpartiets representanter flere ganger til kommende investeringer som krevde egenkapital, eller til estimerte kostnadsøkninger i fremtiden. Dette ble anført som argumenter mot å senke avansene og for stadig å avsette relativt store deler av overskuddet i egne fond. På et tidspunkt var egenkapitalandelen over 50% (St. Tidende 1978-79: 2004), mens tilsvarende størrelse for de fleste andre statsbedrifter var rundt 20%.

Andre argumenter for de høye avansene ble også benyttet, og til dels vitner disse om hvor komplekst spørsmålet om legemidlers pris er: Løberg (Arbeiderpartiet) pekte på at prisene til forbruker var omtrent like i Norge som i Danmark og Sverige der grossistleddet var privat (St. tidende 1967-68: 41). Dette var riktig, men hadde lite å gjøre med NMDs prispolitikk. Det naturlige tallet å sammenlikne ville være de

²³ Se for eksempel Kvanmo, SV, St. tidende 1984-85: 2816.

²⁴ Se for eksempel Løberg, DNA, St. tidende 1962-63: 2410: “[H]vis man i dag gikk til en mulig generell nedsettelse av prisene, ville dette føre til ca. 1 prosents nedsettelse”.

forskjellige grossistavanser mellom land, og på dette området har Norge falt dårligere ut. Et annet eksempel er sosialminister Ruth Ryste (Arbeiderpartiet), som i et innlegg om NMDs avanse i 1979 viser til at *apotekavansen* er lavere enn i Sverige og Danmark (St. Tidende 1978-79: 2010), noe som er et problematisk og antakelig irrelevant argument i denne sammenhengen. Videre påpekte Ryste at en avansesenkning hos NMD ville gi mindre inntekter til apotekene, som regnet ut sin avanse som en fast prosentsats av prisen de fikk av NMD, og at dette ville begrense den samfunnsmessige besparelsen, siden myndighetene da kunne måtte øke støtten til apotek med dårlig inntektsgrunnlag. Det ble også flere ganger vist til den samfunnsgagnlige innsats NMD gjorde gjennom sine beredskapsoppgaver og sine forskningsfond.

I sum kan det sies at Arbeiderpartiet både i regjering og Storting gikk langt i å forsvare de høye avansene. På tross av disse argumenter og forklaringer økte både egenkapital og øvrige fond.

I 1979 gikk imidlertid hele Sosialkomitéen i Stortinget, også Arbeiderpartiet, ut med en forholdsvis kraftig kritikk av den avanse- og prispolitikk som var ført (St. Tidende 1978-79). Det ble understreket at lavest mulig medisinpris var et hovedmål, og at overskudd ikke var et mål i seg selv. Gjennom statsråd Ryste ga dog regjeringen intet sterkt signal om at noen ny politikk ville innføres. Allerede i neste sesjon samme år ga en samlet komité signaler om misnøye med at NMD delfinansierte Institutt for Farmakoterapi, en oppgave de mente burde ligge til Universitetet (St. tidende 1979-80). Kritikken mot pris- og avansepolitikken ble gjentatt i 1982 og i 1985, fordi komitéen ikke følte at deres henstillinger ble etterkommet.

Kritikken rokket ikke ved rammebetingelsene eller monopolordningen. Dette ble spesielt tydelig da Stortinget i forbindelse med behandlingen av meldingen om NMDs virke i 1983 henstilte regjeringen om å opprette et offentlig utvalg som skulle gjennomgå bedriftens virksomhet nærmere. Det såkalte Disen-utvalgets mandat omfattet kun de indre, organisatoriske forholdene (St. meld. nr. 62 1986-87), noe som er i tråd med både mellompartienes og Arbeiderpartiets politiske linjer, og som kan tyde på en manglende vilje til læring. Arbeiderpartiets representanter stemte da også mot for-

slaget om å opprette utvalget i første omgang, og Kristelig Folkeparti gikk inn for forslaget på den betingelse at utvalget ikke skulle vurdere enerettene.

Den komplekse legemiddelsektoren.

Som det antydes i det foregående, var det i monopolets forsvareres argumentasjon en tendens til at NMDs posisjon ble knyttet til en rekke andre funksjoner i omsetningskjeden.

Forsvarerne av monopolet ga en rekke ulike eksempler på hvilken berettigelse institusjonen hadde. Disse eksemplene viser et sterkt sammenfall med de mål som var satt for NMDs aktiviteter. Sjelden ble det imidlertid gitt noen forklaring på hvordan NMD har bidratt, og viktigere, på hvilken måte dette var relevant for monopolsituasjonen. For eksempel ble det ved flere anledninger henvist til at NMD (les monopolet) hadde bidratt til den høye kvalitet man har på legemidler i Norge. Kvalitetskontrollen var og er imidlertid Statens Legemiddelkontrolls oppgave, ikke NMDs.²⁵ Det samme gjelder andre antatt positive trekk ved den norske legemiddelomsetningen, som det lave antall registrerte spesialiteter (som hovedsakelig må antas å skyldes behovsprøvingen), de lave priser (størstedelen av prisen til forbruker bestemmes av andre forhold som pris til produsent og apotekenes avanse, begge deler bestemt av statlige organ), forskningen og fraktutjevningen (tiltak for hvilke NMDs forskning- og fraktutjevningssfond først og fremst fungerte som pengesekk. Dette må for forskningens del modereres noe, siden NMD var initiativtaker til støtten til Institutt for Farmakoterapi). Disse forhold avhenger altså ikke av NMDs monopolsituasjon; de kan være avhengige av *statlig inngripen* eller *bedriften* NMD, men neppe av en enerett.

Annerledes kunne det dog stille seg med to andre forhold: For det første statistikkproduksjonen, som NMD i følge eget og andres utsagn er internasjonalt anerkjent for, og for det andre beredskapshensynene. Det vil være en vurderingssak om ett sentralisert organ vil være en fordel for disse funksjonene. Dette ble understreket i en meningsutveksling i Tidsskrift for Den norske Lægeforening i 1977. Fridtjof Frank

²⁵ Bortsett fra for råvarer NMD importerer.

Gundersen ga i et innlegg uttrykk for at NMD ikke hadde oppfylt de målsettinger som opprinnelig ble satt (Gundersen 1977). I en svarartikkel gikk tre fagfolk i rette med Gundersen (Jacobsen, Lunde og Myhre 1977). Etter deres mening hadde NMDs enerett til import vært helt nødvendig for det statistikkarbeid som hadde vært drevet i Norge, i tillegg til at den økonomiske støtten NMD har gitt til farmakologisk forskning hadde vært avgjørende for oppbyggingen av det norske forskermiljø på dette området, samt muligheten til å frembringe uavhengig informasjon til fagmiljøene. Mot denne bakgrunnen er det interessant at det var akkurat denne aktiviteten et samlet Storting satt spørsmålsteget ved i 1979 gjennom kritikken av finansieringen av Institutt for Farmakoterapi. Selv om politiske og faglige miljøer er enig i sak, er det ikke sikkert at begrunnelsene er de samme.

Enkelte av NMDs funksjoner har altså hatt sterkere tilknytning til monopolsituasjonen enn andre. Når et så vidt tilfang av argumenter som referert over allikevel ble brukt, synes det som om monopolets forsvarere tok det meste som oppleves som godt med norsk legemiddelomsetning til inntekt for NMD. Dette kan ha flere forklaringer. For det første selvfølgelig kompleksiteten i omsetningskjeden; det kan være vanskelig å ha oversyn over hvilke funksjoner som fylles av hvilke organer. Dette har igjen sammenheng med at legemiddelomsetningen forøvrig sjelden var oppe til debatt - legemiddelproblematikk har i svært mange tilfeller presentert seg for Stortinget gjennom stortingsmeldingene om NMDs virksomhet.

For det andre kan det være at monopolets forsvarere faktisk opplevet Høyres gjentatte angrep på NMDs monopol som et angrep på hele det norske legemiddelsystemet. Kontroll- og salgssystemet var å anse som en helhet, hvis likevekt ville forstyrres dersom man innførte private løsninger i ett ledd. Sagt på en annen måte: Argumentasjonen syntes å advare mot generelle og uspesifiserte problemer som kunne oppstå på legemiddelsektoren dersom man innførte private løsninger.

For det tredje kan disse argumentene ha blitt brukt fordi Høyres forslag om å avvikle monopollet kan ha blitt oppfattet som forslag om å avvikle bedriften eller å privatisere den ved salg. For eksempel ble det snakket om "likvidering av Medisinaldepotet" (St. tidende 1958-59: 805) eller om "å få avviklet

Medisinaldepotet” (fra høyrerepresentant, St. tidende 1961-62: 1529), ordbruk som gikk igjen i senere behandlinger av meldingene om NMDs virksomhet.

Det viktigste ved disse gjentatte debattene om NMDs videre skjebne var allikevel, som det var ved opprettelsen, det ideologiske innholdet. Spørsmålet ser ut til å ha blitt en viktig symbolsak, spesielt for Høyre og Arbeiderpartiet. Der Arbeiderpartiet fremholdt statens rett og plikt til å gripe inn på sektorer av samfunnsmessig betydning, og dessuten slike virkemidlers viktige posisjon i etterkrigstidens velferdsstat, argumenterte Høyre for en avgrensning av statlig styring av det som etter Høyres mening var rene handelsforetagender. De mest nærliggende politiske saker å sammenlikne med, er antakelig motsetningene rundt statlig eierskap i, og/eller statlig styring av, foretak som Telenor/Televerket, Statoil og Norsk Hydro og andre statsbedrifter. Det finnes ikke noe sikkert grunnlag for å si at de stadige forslag om å avvikle NMDs monopoler har fungert som noen prøvesten for Høyre, men saken kan sees som et symbol for partiets prinsipielle holdning til statlig eierskap, statlige monopoler og statlig styring.

4.3.1. NMD i norsk politikk

De sunkne kostnadene som NMD representerte, persepsjonen av en veldrevet bedrift og den politiske motstanden mot markedsstyring er blant de elementer som forklarer oppslutningen om monopolet. Dette må allikevel ikke overskygge NMDs posisjon som en integrert del av helse- og legemiddelpolitikken: Gjennom nasjonaliseringen av grossistleddet ekspanderte det legemiddelpolitiske området. Gjennom NMD kunne det drives en politikk til beste for pasientenes helse og velferd: Faglige, helserelaterte vurderinger skulle ikke påvirkes av privatøkonomiske. Denne argumentasjonen er igjen sterkt knyttet til velferdsstatens ekspansjon etter krigen, og her er dette kalt den politiserende linjen, til forskjell fra mellompartienes pragmatiske linje og i kontrast til Høyres proporsjonale linje. Disse linjene går gjennom hele perioden frem til 1989, på tross av at et samlet Storting i 1979 setter fokus på det som ble oppfattet som mindre heldige disposisjoner i bedriften. Denne tverrpolitiske oppmerksomheten skulle imidlertid få konsekvenser for NMDs aktiviteter, ved at den var med å utløse arbeid med nye strategier i NMD.

NMDs sentrale rolle og den helserelaterte logikken bak ble gjentatte ganger bekreftet i Stortinget. Gjentatt konflikt sementerte de politiske posisjonene i forhold til NMD. Den ideologiske siden av konflikten gjorde en endring av politisk retorikk vanskelig, mens pragmatiske hensyn gjorde det mulig å opprettholde støtten. Siden EFTA-EF-prosessen ender med avvikling av monopolet, er det derfor nødvendig å se nærmere på hva det var ved denne prosessen som gjorde en slik avvikling mulig.

4.4 Avvikling 1992

Høyre fremsatte sitt siste forslag om å avvikle monopolet i 1988. Denne debatten forløp i samme mønster som tidligere. Siden Arbeiderpartiet snudde i denne saken 4 år senere, kan det være interessant å se hvordan Arbeiderpartiets argumentasjon gikk langs de samme to linjer som den gjorde siden opprettelsen. For det første et moralsk-ideologisk argument:

“Sosial- og helsepolitisk er forslaget selvfølgelig helt uakseptabelt, i tillegg til at det sjølsagt er dårlig distriktspolitikk. Dersom det er noen vare som ikke skal omsettes etter rent forretningsmessige prinsipper med fortjeneste for privatpersoner og aksjonærer, må det være legemidler” (Gunn Vigdis Olsen-Hagen, DNA, St. tidende 1987-88: 2015).

For det andre et praktisk argument:

“[D]et er ett viktig samfunnsmessig forhold som Høyre har oversett: Hvem er det som skal ta seg av alle de andre viktige oppgavene som i dag er Norsk Medisinaldepots ansvar? Hva med fraktfusjonsordningen? Hva med beredskapsaspektet? Hva med narkotikastatistikken? - Bare for å nevne noen viktige områder som må ivaretas på en forsvarlig måte, og som ikke gir fortjeneste, tvert imot” (ibid.)

Kontrasten er stor til Arbeiderpartiets helseminister Werner Christie ved behandlingen av “endringer i legemiddeloven o. a. lover som følge av EØS-avtalen” i november 1992:

“Avtalen regulerer derimot ikke hovedprinsippene for hvordan norsk helsevesen skal drives og organiseres [...] Til tross for at legemiddelmonopolet oppheves, vil de sentrale helsemyndigheter også i fremtiden sørge for en sterk regulering av legemiddelindustriens priser. Videre vil vi også sikre legemiddelforsyningen over hele landet, om nødvendig med krav til grossistledet” (Ot. tidende 1992-93: 127).

Det skjer altså ikke bare en faktisk endring av rammevilkårene for NMD, men også en endring i måten det snakkes om valg av virkemidler på.

4.4.1. EFTA-EF-prosessen

Frem til forhandlingsstart i juni 1990 foregikk det omfattende forberedelser i det norske politisk-administrative systemet. Fem interdepartementale arbeidsgrupper

utførte en kartlegging av EFs regelverk, og sammenliknet dette med den relevante norske lovgivning. En forutsetning for dette arbeidet var å identifisere uproblematisk saksfelter, konfliktområder og felter hvor norsk tilpasning ville være nødvendig. Desto mindre det ville bli behov for å forhandle om, desto bedre.

De norske statsmonopolene ble første gang et tema ved at Kommisjonen sendte en forespørsel til EFTA-landene om hvilke statlige monopoler som fantes (intervju). I mars 1990 anså regjeringsutvalget for EF-saker det stadig som usikkert om NMDs monopol ville bli berørt av EØS-avtalen. Det ble på dette tidspunktet signalisert vilje til å arbeide for å beholde monopolet dersom det skulle bli nødvendig: “Fra norsk side legges det stor vekt på den helsemessige begrunnelse for å bevare disse ordningene [for Vinmonopolet og NMD]. En nærmere avklaring av eventuelle unntaksbehov vil først finne sted under selve forhandlingene” (Regjeringsutvalget for EF-saker 1990: 24).

Spørsmålet om statlige handelsmonopoler ble i den norske prosessen organisert inn under Arbeidsgruppe 1 “Varer”. Arbeidet med fri bevegelse av varer i EFTA-EF-området stod svært sentralt i forhandlingene, naturlig nok siden lovgivningen på dette feltet utgjorde halvparten av den samlede fellesskapslovgivningen i EF (Regjeringsutvalget for EF-saker 1990). Arbeidsgruppe 2 og 3 tok for seg de tre andre frihetene - kapital, tjenester og personer.

Inn under Varegruppen falt saksområder som fysiske og tekniske handelshindre, offentlige innkjøp, statsstøtte, økonomisk og sosial utjevning, landbruk, fiskeri, energi og konkurranseregler. Dette siste saksfeltet omfattet de statlige handelsmonopolene, siden slike tiltak kan bidra til diskriminering og konkurransebegrensning.

I Arbeidsgruppe 1 hadde Utenriksdepartementet både leder og sekretærfunksjonen. Underdirektøren som ledet gruppen satt også i utvalget som koordinerte arbeidet i de forskjellige arbeidsgruppene og i forhandlingsdelegasjonen, i likhet med de andre gruppelederne. Som ledelse for gruppen fikk UD ansvaret for å koordinere arbeidet mellom de ulike fagdepartementene i gruppen som skulle arbeide med sine respektive fagområder, samt en sentral posisjon i forhold til å utforme felles policy og forhandlingsposisjoner.

Som et ledd i forberedelsene til forhandlingene ble monopolenes juridiske stilling i forhold til de relevante EF-reglene utredet av en arbeidsgruppe for konkurransereglene som lå under Arbeidsgruppe 1 “Varer”. Denne gruppen, også ledet av UD ved en byråsjef, kartla problemstillingen ved å forespørre fagdepartementene om hvilke monopoler de eventuelt hadde under seg, vurderte monopolenes juridiske status og leverte innstilling til Arbeidsgruppe 1.

Helsemyndighetenes arbeid

Sosial- og Helsedepartementet (SHD), som stod ansvarlig for to statlige monopoler som ble berørt av avtalen, var ikke representert verken i Arbeidsgruppe 1 eller undergruppen. 11 andre departementer var representert i “Varer”, i tillegg til Statsministerens kontor, men altså ikke SHD.²⁶ Dette på tross av at SHDs forvaltningsområde ble sterkt berørt av avtalen - SHD var blant de fire sterkest berørte departementer målt i endringer i antall lover og i antall endringer i absolutte tall. Relativt sett ble 21% av de lover departementet hadde forvaltningsansvar for endret (Sollien 1996).

Heller ikke på andre måter synes SHD å ha vært spesielt aktive under EFTA-EF-prosessen. SHD var ikke blant de 14 departementene som pr. 1. mars 1990 hadde bestilt eller fått utført eksterne utredningsarbeider (Regjeringsutvalget for EF-saker 1990). Det er usikkert om SHD gjorde egne utredninger om hvordan departementets forvaltningsområde ville bli berørt av EØS-avtalen - altså utredningsarbeid i forkant av forhandlingene.

Utenriksdepartementet ga i en periode ut en publikasjon som identifiserte hvilke personer i staten som svarte på spørsmål om EØS eller EF. For Sosial- og helsedepartementet er de samme tre oppgitt i 1988, 1990 og 1991; en underdirektør fra administrasjonsavdelingen som er kontaktperson for EØS-/EF-saker og to ekspedisjonssjefer som har henholdsvis trygdesaker og alkoholpolitikk som fagfelt.²⁷ Ingen kontaktperson for legemidler i departementet er oppgitt, derimot bes spørsmål vedrørende legemidler rettet til Helsedirektoratet.

²⁶ Utenriks, Finans, Landbruk, Arbeid- og administrasjon, Næring, Miljøvern, Olje- og energi, Justis, Fiskeri, Kommunal, Samferdsel.

²⁷ Utenriksdepartementet 1988; 1990; 1991.

Samlet tyder dette på at SHD i liten grad deltok i forarbeidet i EFTA-EF-prosessen og i NMD-prosessen. Derimot sendte Helsedirektoratet flere notater til UD der det på et helsefaglig grunnlag ble advart mot å avvikle NMDs monopol (intervju).

Direktoratet synes faktisk å ha vært mer aktivt, gjennom de notater som ble sendt til UD og gjennom deltakelse i EFTAs ekspertgruppe for legemidler som skulle sammenlikne EFTA-landenes lovverk på legemiddelsektoren med EFs bestemmelser. Denne gruppen hadde imidlertid ikke mandat til å vurdere NMD-monopolets stilling. Dette, og manglende deltakelse, tyder på at monopolet ikke ble vurdert som først og fremst et legemiddel- eller helsepolitisk spørsmål.

Konkurransgruppen som vurderte monopolenes stilling konkluderte med at NMDs eneretter ikke var forenlig med forbudet mot statlige handelsmonopoler i artikkel 37 i Romatraktaten. De samfunnsmessige hensyn monopolet ivaretok, ble ikke ansett som tungtveiende nok til å be om unntak fra regelen eller til å holde hele spørsmålet utenfor forhandlingene uten å oppheve monopolet (slik det i utgangspunktet ble gjort for Vin-monopolet).

En beslutning i to regjeringer

Resultatet av dette arbeidet i Konkurransgruppen var klart omtrent samtidig som statsminister Syses trepartiregjering offentliggjorde sine foreløpige vurderinger av NMD-monopolet. I en redegjørelse for Stortinget 1. juni 1990 - 3 uker før forhandlingene startet - luftet handelsminister Five muligheten for at monopolet antakelig ville falle. Five la vekt på at ordningen var enestående i Europa, og at systemet "dermed vanskelig kan forsvares ut fra helse, sikkerhet og miljø" (St. tidende 1989-90: 3799). Videre nevnte handelsministeren at Sosialdepartementet hadde fått i oppdrag å utrede hvordan avviklingen av monopolet kunne gjennomføres.

I september 1990 ga norske myndigheter beskjed til EFTA-sekretariatet om at Norge ville avvikle monopolet (intervju). Slik samordning med EFTA var nødvendig siden forhandlingene foregikk mellom EFTA og EF, ikke mellom EF og de enkelte medlemsland i EFTA. En endelig avgjørelse om monopololets skjebne var dermed i utgangspunktet tatt. Syse-regjeringen ville avvikle monopolet, men ville også be om en overgangsordning på tre år for å lette tilpasningen (Klassekampen 30.01.91)

Regjeringsskiftet i 1990 kompliserte denne situasjonen. I slutten av oktober gikk regjeringen bestående av Høyre, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet av, grunnet intern uenighet om den videre strategien i EØS-forhandlingene. Den nye handelsministeren fra Arbeiderpartiet, Eldrid Nordbø, uttalte i *sin* redegjørelse for Stortinget sent i november om fremdriften av EØS-forhandlingene, som da var i gang, at regjeringen ikke hadde rukket å gå gjennom de utredningene som forelå om spørsmålet om NMD (St. tidende 1990-91b). Noen dager tidligere hadde sosialminister Tove Veierød på spørsmål fra Sosialistisk Venstreparti understreket at den nye regjeringen ikke hadde tatt noen egen avgjørelse om monopolet (St. tidende 1990-91a). Brundtland-regjeringen følte seg ikke bundet av den forrige regjeringens standpunkt i denne saken (intervju), men la hele tiden vekt på at alle legemiddelpolitiske mål uansett skulle videreføres, om monopolet ble beholdt eller ikke (St. tidende 1990-91a;b;d). Om regjeringen utad la vekt på at den skulle ta en selvstendig avgjørelse om monopolet, er allikevel inntrykket at regjeringen var “på glid” i spørsmålet. I sosialministerens og handelsministerens uttalelser til Stortinget fantes ingen henvisninger til viktigheten av å beholde monopolet eller til at dette var et nasjonalt anliggende av noen særskilt betydning. Derimot kom det beroligende argumenter om at en eventuell opphevelse ikke ville få noen følger for legemiddelpolitikken (St. tidende 1990-91 a;d). Senterpartiets og Sosialistisk Venstrepartis reaksjoner på regjeringens utsagn tyder også på at EØS-opposisjonen ikke hadde noen tro på at Brundtland-regjeringen ville komme til noen annen konklusjon enn Syse-regjeringen hadde gjort.

I forbindelse med statsbudsjettbehandlingen for 1991, reiste også representanten Tove Karin Viken (Sp) et forslag på vegne av Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, begrunnet i et ønske om å beholde “høye norske standarder for helse, sikkerhet og miljø”, om at Norge som et ledd i EØS-forhandlingene skulle kreve å få beholde sine monopolordninger for Vinmonopolet og NMD. Som svar henviste sosialministeren til handelsministerens tidligere redegjørelse, og det kom ikke til noen ytterligere debatt om dette. Forslaget ble nedstemt med 95 mot 22 stemmer (St.tidende 1990-91c).

Problemstillingen ble altså i tiden etter regjeringsskiftet aktualisert, ikke av regjeringen selv, men av deler av opposisjonen; først og fremst gjennom Spørretimen og gjennom Senterpartiets forslag om forhandlingsstrategi. Imidlertid synes også handelsministerens redegjørelse for NMD-monopolets stilling å være utløst av spørsmålene til sosialministeren. Debatten mellom motstanderne av EØS-avtalen på Stortinget og regjeringen markerer et rollebytte. Mens Sosialistisk Venstreparti lenge hadde fulgt Arbeiderpartiets ideologiske linje, argumenterte nå også Senterpartiet på denne måten. Derimot var regjeringens redegjørelser av langt mer pragmatisk art enn tidligere. Som det vises senere, ble dette rollebyttet enda klarere under stortingsbehandlingen av endringene i legemiddeloven.

Siste gang temaet ble tatt opp i Stortinget før regjeringen bestemte seg, var i Spørretimen i februar 1991 (St. tidende 1990-91d). I hele perioden fantes det altså et press fra deler av opposisjonen i NMD-saken mot regjeringen, med den hensikt å få regjeringen til å klargjøre sitt standpunkt. Dette må imidlertid sees i sammenheng med to andre saker som gjerne ble nevnt samtidig med NMD. For det første stod Brundtland-regjeringen fast ved opphevelsen av behovsparagrafen slik den forrige regjeringen hadde besluttet. Av Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble kombinasjonen av opphevelse av NMD-monopol og behovsparagraf sett på som en alvorlig svekkelse av muligheten for nasjonal styring av legemiddelpolitikken, det vil si muligheten til å føre en mer restriktiv politikk enn EF-landene. For det andre fantes muligheten for at Vinmonopolets eneretter til import og engrossalg stod i samme posisjon som NMDs. Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti så det slik at den samme usikkerheten som gjaldt NMD også gjaldt Vinmonopolet, på tross av regjeringens forsikringer om det motsatte, og Kristelig Folkepartis forsikringer om at partiet stolte på regjeringen i denne saken (se f.eks. St. tidende 1990-91c; Klassekampen 28.11.1990).

Tilbakevendingen til temaet kan derfor sees som en generell og økende bekymring blant de gruppene som var skeptiske til avtalen om at Norge og EFTA i forhandlingene i liten grad krevde unntak fra EFs regelverk.²⁸ Dette gjaldt områder som norsk konse-

²⁸ Ved inngangen til EFTA-EF-prosessen var det i norske medier og i offentlig debatt en del snakk om å få “unntak” fra det europeiske regelverket på områder av stor

sjonslovgivning, grensekontroll, bioteknologi og altså alkohol- og legemiddel-politikken - områder der skeptikerne, men også andre, så på Norges politikk som mer restriktiv enn EFs, og der det var et ønske om å beholde en restriktiv praksis som unntak fra EFs regelverk.

Utad ble det også gitt inntrykk av at dette var en vanskelig sak for regjeringen, som flere ganger var oppe til diskusjoner internt (Aftenposten 07.04.91; Norges Apotekerforenings Tidsskrift 1991). Av sosialministerens to svar til Sosialistisk Venstreparti i Spørretimen om monopolets stilling i EØS-prosessen går det også frem at Sosialdepartementet, som interne notat til bruk for regjeringen, hadde utarbeidet konsekvensene av å oppheve enerettene. Denne utredningen ble unntatt offentlighet av hensyn til forhandlingene (St. tidende 1990-91a;d).

Først sent i forhandlingene, på en regjeringsskonferanse 4. april 1991, tok regjeringen en endelig avgjørelse om avvikling, da presumptivt på bakgrunn av blant annet departementets konsekvensanalyse. Departementet hadde kommet til den konklusjon at en opphevelse av monopolet ikke ville ha grunnleggende betydning for legemiddelpolitikken, men hadde ikke gjort noen egne juridiske analyser av regelverket i forhold til monopolet (intervju). Sosialministeren rakk ikke å informere Stortinget om at monopolet ville falle før nyheten ble offentlig, siden Klassekampen avslørte regjeringens beslutning kort tid etter (Klassekampen 06.04.91). Statsråd Veierød bekreftet Klassekampens opplysninger offentlig 6. april (Aftenposten 07.04.91). Beslutningen betød også en umiddelbar tilpasning til regelverket, overgangsordninger var nå ikke lenger aktuelt å be om i forhandlingene.

Det ble etter dette ingen flere diskusjoner i Stortinget om NMDs monopolstilling før lovendringen skulle vedtas. Siden Norge ensidig valgte å tilpasse seg EØS-regelverket,

nasjonal interesse. Det er imidlertid problematisk å skulle få *unntak* fra et regelverk dersom det i forhandlingene skulle være felles enighet om at området faller innenfor det relevante regelverket, spesielt siden *kjernen* i EØS-avtalen og EF-samarbeidet er ikke-diskriminering mellom parter innenfor avtaleområdet. I forhandlingsstrukturen var “unntak” et ord som sjelden ble brukt, i EFTA snakket man om “problematiske områder” og at *unntak* var et ulykksalig ord. (Klassekampen 22.11.1990). Merk

ble NMDs monopol heller aldri noe tema i forhandlingene mellom EF og EFTA, slik det kunne ha blitt dersom Norge hadde krevet unntak, overgangsordninger eller hadde regnet monopolet som juridisk forsvarlig. Denne muligheten var dog antakelig lenger unna enn hva vi kan få inntrykk av. Selv om regjeringen ikke skulle ha følt seg bundet, kom de juridiske vurderingene av monopolets stilling fra Arbeidsgruppe 1 som var sterkt dominert av UD, og hvor Sosialdepartementet ikke deltok. Sosialdepartementet vurderte heller ikke alternativer til å oppheve monopolet som det eventuelt kunne forhandles om. Dette synes å ha sammenheng med hvordan departementet opplevde arbeidsdelingen i prosessen: De juridiske premissene ble lagt i UD, og Sosialdepartementet skulle bringe inn helsefaglige argumenter. Imidlertid hadde ikke departementet slike innvendinger mot en avvikling av NMD-monopolet, alle mål NMD var satt til å oppfylle ble vurdert som mulige å nå selv uten et monopol. Både Syse-regjeringens og Brundtland-regjeringens beslutning om å avvikle monopolet utenfor forhandlingene ble således tatt i krysningpunktet mellom politiske, juridiske og helsefaglige vurderinger. Helsefaglig ble monopolet vurdert som mulig å erstatte med andre virkemidler, juridisk og politisk ble monopolet vurdert som ikke helsefaglig tungt nok til å oppfylle eventuelle krav om samfunnsmessig viktighet. I tillegg kunne regjeringen skaffe flertall for opphevelsen av monopolet i Stortinget. Kristelig Folkeparti, som trengtes for å skaffe flertall for avtalen, satt selv i trepartiregjeringen som første gang antydte å avskaffe monopolet, og hadde heller ikke senere antydte noen form for motstand mot dette standpunktet.

4.4.2. Viktige trekk ved EFTA-EF-prosessen

Gjennom EFTA-EF-prosessen ble monopolet altså satt inn i en ny kontekst ved at ordningen måtte sees i sammenheng med et internasjonalt regelverk om fri flyt av varer. Organiseringen av prosessen tilsa at vurderingen av NMDs monopol i utgangspunktet var et juridisk spørsmål, betinget av helsefaglige og politiske vurderinger. De helsefaglige motivene som lå til grunn for monopolet gikk inn som ett av flere elementer i vurderingen av hvordan monopolet stod i forhold til reglene om tekniske handels-

imidlertid at man med full rett kan snakke om unntak fra spesielle regler med hjemmel i andre regler.

hindre. Helsemyndighetene i departement og direktorat synes å ha stått utenfor beslutningsstrukturen i viktige perioder. Dette forklarer imidlertid ikke utfallet, men ser ut til å peke mot et viktig trekk: NMDs monopol hadde i lang tid vært en sak som lå inn under en skjermet legemiddelpolitikk. Gjennom EFTA-EF-prosessen ble spørsmålet løftet ut av den helse-/legemiddelpolitiske konteksten, og inn i en juridisk og utenrikspolitisk kontekst, der andre hensyn måtte veies opp mot de legemiddelfaglige og -politiske: Hensyn til hva regelverket sier om import- og engrosmonopol, til hva de andre EFTA-landene og forhandlingsmotparten ville kunne godta, og til hva som politisk kan aksepteres i hjemlandet.

Tolkning av ordningen i en ny kontekst og av nye aktører kan ha hatt betydning. Med sin tilknytning til UD vil aktørene som var sentrale for problemstillingen ha andre oppfatninger enn ansatte og politisk ledelse i fagdepartementene. Det er grunn til å tro at disse vil se på avtalen som viktigere, de kjenner regelverket bedre, og de har en mer realistisk oppfatning av hva en kan forvente å få gjennomslag for i forhandlingene. I tillegg har de mindre kjennskap til monopolets historie, politiske bakgrunn og virkemåte. UD var gitt en koordinerende rolle i EFTA-EF-prosessen, og ville av den grunn antakelig være mer villige enn fagdepartementene til å gi avkall på ulike ordninger under fagdepartementenes ansvar. Ved at ordningen slik ble satt inn i en ny sammenheng, med nye aktører, målt opp mot nye krav og sammenliknet med viktigheten av å forhandle frem en avtale, ble det skapt en situasjon som var gunstig med henblikk på læring. Et sentralt eksempel på dette er at Norge var alene om en slik monopolordning. For helsemyndighetene ble særtrekkene ved det norske legemiddelsystemet tradisjonelt oppfattet som positivt, ved at det var disse ordningene (som monopol og behovsparagraf) som økte kvaliteten på det norske systemet i forhold til andre lands systemer. Satt inn i sammenheng med et felles europeisk regelverk for fri handel, ble akkurat det at Norge hadde “monopol på monopolet” et problem, siden det for UD og andre ikke fremstod som åpenbart at det for de andre landene i samarbeidet var vanskelig å klare seg uten. Slik ble det som for flere i utgangspunktet var et positivt trekk ved norsk legemiddelsektor et problem.

Et annet moment innenfor denne nye konteksten er at de politisk-moralske argumentene for NMDs monopol som tradisjonelt hadde vært viktige for tilhengerne på

Stortinget - at privatøkonomisk gevinst ikke kunne tillates på et område som gjaldt folks helse - ikke ville være legitime innenfor det markedssamarbeidet som skulle inngås. Selve kjernen i dette samarbeidet var akkurat å gi slike økonomiske interesser et vern over landegrensene, og så lenge Norge vurderte legemidler som en vare som ble omfattet av avtalen, ville ikke motstand mot privat gevinst som sådan være et gyldig argument.

For Syse-regjeringen falt den juridiske vurderingen sammen med Høyres tradisjonelle standpunkt til NMDs monopol. Partiet hadde alltid sett monopolet som et for sterkt og direkte unødvendig inngrep i markedet. Denne idéen om markedets forrang og tilpasning mellom mål og virkemidler har en parallell i EFs markedslogikk og prinsippet om proporsjonalitet. For Arbeiderpartiregjeringen som tok over falt beslutningen vanskeligere: Tradisjonell sosialdemokratisk politikk etter krigen har snarere gitt statlige virkemidler forrang på områder der samfunnets interesser er blitt vurdert som berørte. Spørsmålet ble tatt opp til ny vurdering, og konklusjonen ble den samme som den forrige regjeringens. Gjennomgangen viste at de helsefaglige begrunnelsene ikke ble vurdert som tunge nok i forhold til de andre hensyn som måtte tas. Parallellen mellom Høyres standpunkt og EFs regelverk i denne saken gir et signal om at forskjellen mellom Norge (som forhandlingspart) og EF i hvert fall ikke var større enn forskjellen mellom Høyres og Arbeiderpartiets tradisjonelle standpunkter i saken. Presset for endring som lå i avtalens innhold og endringen selv var tolkbar innenfor et norsk politisk rom, om ikke annet fordi Høyre og Høyres standpunkter er en del av dette rommet.

Også andre forhold mellom partiene kan ha bidratt til å trekke Arbeiderpartiregjeringens beslutning i samme retning. Det kan ha vært viktig å opprettholde en så stor nasjonal enighet som mulig. Avtalen var kontroversiell innad i Norge, og skulle ratifiseres i Stortinget. Siden Høyres holdning til monopolet var godt kjent, kan fordelene ved å unngå uenighet mellom Høyre og Arbeiderpartiet gjennom å oppgi monopolet ha påvirket regjeringen. En kan forestille seg at større intern uenighet om enkeltsaker mellom de partiene som i grunnholdning var for avtalen ville gjøre det vanskeligere å oppnå det nødvendige flertallet for ratifisering av avtalen. Mot dette kan det fremholdes at dersom en slik enighet var viktig, kan det også antas at Høyre

ikke ville skapt kontroverser rundt spørsmålet dersom Arbeiderparti-regjeringen hadde besluttet å kjempe for monopolet. I tillegg kommer Kristelig Folkepartis holdning: Det var en klar forutsetning for Kristelig Folkepartis støtte til avtalen at Vinmonopolet skulle bestå. Partiet hadde imidlertid en langt mer pragmatisk holdning til NMD-monopolet, og dets støtte til avtalen ville ikke avhenge av om dette monopolet fikk bestå eller ikke. Således kan det tenkes at de to regjeringenes kamp for Vinmonopolet var sterkt knyttet til behovet for å beholde Kristelig Folkepartis støtte til avtalen, mens NMD-monopolet kunne avvikles fordi dette ikke var en kampsak for Kristelig Folkeparti.²⁹

4.4.3. Stortingsbehandlingen

Formelt ble ikke monopolet opphevet gjennom regjeringens beslutning i april 1991; det var først etter behandling i Stortinget 13. november 1992 at endringen ble bekreftet som gjeldende norsk lov. I det påfølgende skal det sees nærmere på hva som kjennetegnet debatten om avviklingen som oppstod i Stortinget da lovendringen som måtte til skulle vedtas, og hva som skilte den fra de foregående års debatter. Først bør det imidlertid nevnes at behandlingen av avviklingen av monopolet må sees i sammenheng med omdannelsen av NMD fra statsbedrift til statsaksjeselskap. Disse sakene ble stortingsbehandlet på samme dag. De samme menneskene fra sosialkomitéen diskuterte dem, og det var i begge tilfelle klart at utgangspunktet for sakene var EØS-avtalen. På samme måte var det også klart at utfallet av behandlingen var gitt - Stortinget delte seg i denne saken som i andre saker om EØS: Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti argumenterte og stemte mot.

Spørsmålet om avviklingen av monopolet ble diskutert i forbindelse med begge saker; først i sammenheng med overgangen til statsaksjeselskap (St. tidende 1992-93: 1118-1123), og deretter i sammenheng med endringer i legemiddeloven som følge av EØS-avtalen (Ot. tidende 1992-93: 120-141). Enerettene ble mest diskutert i forbindelse med tilknytningsformen, mens endringen i tilknytningsform i seg selv i liten grad

²⁹ Det er blitt spekulert i om Kristelig Folkeparti ble "lurt" av regjeringen til å tro at Vinmonopolets eneretter ville kunne bestå, og dermed til å stemme for avtalen under ratifiseringen. Se for eksempel Dagens Næringsliv 25.09.1996.

ble berørt. Under behandlingen av den andre saken ble avviklingen av enerettene viet minimal oppmerksomhet, noe som skyldes at en mengde andre lovendringer ble behandlet samtidig. Sammen med det at Stortinget i plenum stod for behandlingen av første sak, mens det var Odelstinget som i første omgang behandlet lovendringene, kan dette ha forårsaket at man valgte å ta hovedtyngden av diskusjonen om monopolet samtidig med tilknytningsformen. Dette har også sammenheng med at tilknytningsformen måtte endres som en følge av innføringen av konkurranse på grossistområdet. En statsbedrift vil ha en statlig garanti mot å gå konkurs, noe som innenfor EØS ville kunne oppfattes som å gi et konkurransefortrinn til ulempe for potensielle konkurrenter. Dette er også hva flertallet la vekt på da de forklarte sin positive holdning til å gi NMD status som statsaksjeselskap: En ny tilknytningsform måtte innføres som en direkte følge av den kommende konkurransesituasjonen.

Flertallet begrunnet innføringen av konkurranse fullt ut med den kommende EØS-avtalen, og standpunktet til avvikling ble forsvart med at det å åpne for nye aktører i grossistledet ikke ville ha betydning for Norges muligheter til å sette sine egne helsepolitiske mål. Den nasjonale frihet på helsesektoren ble understreket av flere. Det ble vist til at bortfall av NMDs monopol ikke hadde betydning for mål som lav og lik pris, god og streng kontroll av legemidler, og de distriktshensyn som hadde vært tatt. Dette var mål som ble ivaretatt av andre virkemidler, og i tillegg ville det være mulig å styre på andre måter tilpasset EØS-avtalen.

Argumentene fikk ikke særlig gjenklang på nei-siden: "Norsk Medisinaldepot har vært en viktig hjørnestein i vår legemiddelpolitikk og dermed også i norsk helsepolitikk" (Sortåsløkken, SV, St. tidende 1992-93: 1121). Det ble argumentert for dette langs to linjer. For det første fremholdt Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet at man fjernet et viktig virkemiddel for å nå de helsepolitiske mål som er satt. Det ble antydning at målene ville forsvinne sammen med virkemiddelet - at myndighetene uten et statlig monopol verken ville kunne eller ønske å drive fraktutjevning, besørge lik pris eller opprettholde sikkerhets- og kvalitetsnivået på legemidler. Igjen kan det sees en viss sammenblanding mellom NMDs funksjoner og andre virkemidler: "Vi ser det som svært uheldig at vi ved omdannelse av Norsk Medisinaldepot til statsaksjeselskap mister muligheten for å behøvsprøve legemidler" (Viken, Sp, ibid: 1122). Det er klart at

bestemmelsen om behovsprøving av legemidler er et separat virkemiddel, uavhengig av NMDs virke.

Nei-siden la ogsåfor dagen bekymring for at avviklingen var en del av en generell spredning av desentraliserte løsninger på helsesektoren: “Statlig forretningsdrift og virksomhet skal ofte også ivareta andre mål enn rent forretningsmessige og næringspolitiske. Stortinget må derfor ha finansmyndighet overfor slik virksomhet” (ibid.). Styling gjennom eierskap, lovbestemmelser og konsesjonsregler i et konkurransebasert system er ikke tilstrekkelig. Skepsisen gjaldt som tidligere de mekanismer markedet fungerer etter; et profittmotiv som leder til et ønske om en størst mulig omsetning av produktet, noe som ble ansett som problematisk for et produkt som legemidler, for hvilket økt bruk kan ha skadelige konsekvenser. I tillegg er det “fellesskapet” som gjennom statsbudsjettet plukker opp størstedelen av regningen. Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet satte avviklingen inn i et større perspektiv ved å se den som et ledd i en generell, stegvis fjerning av helsepolitiske virkemidler til fordel for et liberalisert helsemarked.

Rollebyttet som hadde skjedd siden 1988 er åpenbart. Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremholdt argumenter som var mer eller mindre de samme som monopols tilhengere hadde brukt siden opprettelsen, på samme måte som Høyre og Fremskrittspartiet stod for det samme syn som tidligere. Derimot hadde Kristelig Folkeparti og Arbeiderpartiet skiftet side. Disse partier adopterte ikke Høyres tidligere ideologisk motiverte argumenter, men la vekt på at vedtaket fulgte *nødvendig* av EØS-avtalen, og at man gjennom vedtaket ikke ville gjøre skade på de mål som var satt for legemiddelpolitikken - NMDs monopol fylte ingen funksjoner som ikke allerede ble fylt eller senere kunne fylles av andre virkemidler. Dette spranget må ha vært mindre for Kristelig Folkeparti enn for Arbeiderpartiet, siden en avvikling lettere kunne forenes med den pragmatiske holdningen til ordningen enn med den ideologiske holdningen.

Sett i lys av at Arbeiderpartiet her frafalt et standpunkt som hadde stått fast i over 40 år, og sist var bekreftet fire år tidligere, var det lite temperatur i debatten. Beslutningen var heller ikke kontroversiell i Arbeiderpartiets stortingsgruppe, og møtte ingen motforestillinger (intervju). Det var ingen motsetninger mellom regjeringen og stortingsgruppen. Avviklingen av monopolet ble oppfattet som en naturlig endring av

et til dels foreldet og stivbent system som ingen andre nasjoner brukte, uten at dette førte til synlige problemer for disse (intervju). Den generelle moderniseringen av samfunnet på 1980-tallet hadde lagt grunnlaget for konkurranse også på dette feltet, mens EØS var den utløsende faktoren.

Spørsmålet om NMDs monopol gikk fra å være et stadig tilbakevendende strids-spørsmål, et symbol i kampen mellom Arbeiderpartiet og Høyre om omfanget av statlig deltakelse på viktige samfunnssektorer, til å være avgjort gjennom en svært kort, nesten *pro forma* debatt der EØS-avtalens krav står mer sentralt enn det prinsipielle ved ulike typer statlige inngrep i markedet. Innleggene ble holdt så godt som uten replikkveksling, og utfallet var gitt på forhånd.³⁰ Det rituelle ved spørsmålet hadde endret karakter. Fra å illustrere motsetningen mellom en markedsliberal linje og en sosialdemokratisk styringsideologi, illustrerte den i 1992 forholdet mellom de to partene i EØS-striden. For motstanderne av EØS-avtalen var det et sentralt poeng å understreke bekymringen for at enda et politikkområde blir underlagt internasjonale krav som begrenser nasjonale styringsmuligheter. Nasjonal kontroll er viktig i seg selv av suverenitetshensyn, men i tillegg fordi virkemidler ikke er nøytrale i forhold til de mål som er satt. Derfor er det viktig å beholde muligheten til å ta i bruk virkemidler som statlige monopoler. For tilhengerne var det viktig å understreke at nasjonal kontroll bevares ikke først og fremst gjennom råderetten over virkemidlene, men gjennom råderetten over målene: Så lenge det er mulig å oppnå de samme resultater på andre måter beholdes den nasjonale styringen også innenfor EØS.

4.5 40 års stabilitet i konflikt - fulgt av en fullstendig omvurdering

Historien om Norsk Medisinaldepot i norsk politikk er sterkt knyttet til historien om Arbeiderpartiet. Monopolet ble vedtatt ved hjelp av et flertall bestående av Arbeiderpartiet alene. De andre partienes mer pragmatiske holdning til monopolet gjorde det mulig for senere Arbeiderpartiregjeringer i mindretall å beskytte det mot stadige

³⁰ Utfallet var gitt gjennom komitébehandlingen. Selve avtalen ble ikke ratifisert før 16. desember - en måned senere - og det hersket en viss usikkerhet om avtalen skulle oppnå det nødvendige $\frac{3}{4}$ flertall som var nødvendig etter grunnlovens § 93 om suverenitetsavståelse.

angrep fra Høyre. Avviklingen markerer et brudd med disse politiske mønstrene på Stortinget. Den pragmatiske fløyen sprekker langs en ja/nei til EØS-akse. Høyres proporsjonale linje kan videreføres innenfor EØS, mens den politiserende linjen avvikles sammen med monopolet for Arbeiderpartiets del, samtidig som den føres videres av nei-partiene.

Det tok tid før Brundtland-regjeringen falt ned på samme standpunkt som Syse-regjeringen. Den juridiske vurderingen var klar, og innebar at monopolet ikke var forenlig med avtalen, og for regjeringen var dette en institusjon som kunne ofres til fordel for avtalen. Men samtidig som beslutningen ble tvunget frem av ønsket om å inngå en avtale, synes det klart at det ikke lenger ble oppfattet som et offer å avvikle monopolet; det hadde skjedd en revurdering av viktigheten av å beholde en statlig enerett. EFTA-EF-prosessen krevde at monopolet ble vurdert etter andre premisser enn tidligere, og disse vurderingene ble gjort i andre strukturer. NMD var for Arbeiderpartiet et symbol som tatt ut av sin opprinnelige kontekst og satt inn i en annen mistet sin mening: Revurderingene viste dels at argumentene som tradisjonelt hadde støttet opp om monopolet ikke var legitime innenfor et felles europeisk marked, dels at målene ikke var avhengige av akkurat dette virkemiddelet, og dels at en kunne oppnå fordeler av å innføre konkurranse.

At det var mulig for Arbeiderpartiet å revurdere monopolets betydning må også sees som knyttet til den moderniseringsprosessen også Arbeiderpartiet har stått i spissen for. Ved inngangen til 1980-tallet skjedde en internasjonal utvikling av nye idealer og reformprogrammer for offentlig sektor. Kritikkk ble rettet mot ineffektivitet, høye kostnader og omfanget av offentlig inngripen, og velferdsstaten ble ansett som et mislykket eksperiment (Olsen 1996). Kritikken hadde også et ideologisk element gjennom nyliberalistiske forbilder (Lægveid 1993). Visjonen om markedsamfunnet stod sterkt, og det stiltes spørsmåltegn ved om statlig styring kunne løse de riktige problemene. Organiseringen av den private sfæren ble en modell for den offentlige sfære (Olsen 1991: 4).

Dette skjedde i et klima preget av internasjonaliseringen av samfunnet; “framveksten av nettverk av kommunikasjoner, transaksjoner og organisasjoner over landegrensene” (Underdal 1984: 4), slik at også Norge lot seg merke av denne

utviklingen av nye synspunkter på stat og forvaltning. Under Willoch-regjeringen fra 1981 ble det lansert kampanjer for økt produktivitet og kvalitet i den offentlige sektor (Olsen 1996). Lægreid viser til at det i Norge fra midten av 1980-årene innledes en periode der statsforvaltningen preges av idéer om “management, effektivitet og service”. Dette markeres blant annet av Willoch-regjeringens “Moderniseringsprogram” fra 1986 og senere Brundtland-regjeringens “Den nye staten”. Sentralt i disse dokumentene står idéen om forvaltningen som tjenesteyter for individuelle konsumenter, rasjonalisering og økt desentralisering og markedsstyring av en del offentlige funksjoner (Lægreid 1993: 318-320). Samtidig fulgte ikke Norge fullt ut den internasjonale trenden. Mens det i enkelte vestlige land ble fremsatt krav om vidtrekkende reformer, bar de norske reformene lenge preg av mindre justeringer.

For det første oppstod en kulturkollisjon mellom de omfattende krav den internasjonale moderniseringen satte og norsk administrativ identitet, historie og dynamikk. For det andre ble ikke problemene oppfattet som like store i Norge, samtidig som det ikke stod et administrativt apparat klart til å ta fatt på en omfattende reform (Olsen 1996). Privatiseringsforslag av ulike slag skapte konflikt, spesielt på områder som helse og utdanning, som er tett knyttet til en velferdsstat med stor oppslutning i Norge. På den annen side viser Olsen til en språklig endring; det managementinspirerte, økonomisk orienterte effektivitetsspråket har fått stor utbredelse. I tillegg ble det i større grad diskutert alternativer til offentlige monopoler og eksisterende styringsformer (ibid.).

På helsesektoren har presset for økt effektivisering vært sterkt. I følge Grund (1995) er helsetjenestepolitikken preget av tro på finansiell styring og å skille produksjon og finansiering, av fokus på konkurranse, resultatansvar og valgfrihet. Dette presset er drevet frem av blant annet økonomiske og teknologiske faktorer. Helsevesenet har vokst i takt med økonomisk fremgang etter krigen. Perioder med økonomisk stagnasjon har gjort det vanskeligere å oppfylle en stadig økende etterspørsel etter helsetjenester. Denne etterspørselen er skapt av økende behov, blant annet fordi befolkningen blir stadig eldre, men har også sammenheng med utviklingen i teknologiske muligheter. Fra omtrent 1970 har den teknologiske utviklingen gått raskere enn den økonomiske i den forstand at vi i dag har muligheter til å tilby flere

helsetjenester enn det er økonomisk rom for (i følge en politisk og faglig vurdering). Dette “helsegapet” (ibid.) har aktualisert behovet for å prioritere mellom pasienter og oppgaver, og har bidratt til et økt fokus på ressursene. Dette prioriterings- og effektiviseringsarbeidet er godt dokumentert i Prioriteringsutvalget, det såkalte “Lønning I” (NOU 1987: 23), i Finans- og styringsutvalget (NOU 1987: 25), og i Stortingsmelding nr. 41 1987-88 om helsepolitikken. I tillegg fantes Sekretariatet for modernisering av helsetjenesten (Grund 1995). I løpet av EFTA-EF-prosessen fikk vi utredningen “Mot bedre vitende” (NOU 1991: 28), som også tar opp effektivisering av helsevesenet, og bare i 1997 kom det tre NOUer hvor økonomiske forhold står sentralt: Lønning II-utvalgets rapport med tittelen “Prioritering på ny” (NOU 1997: 18), en rapport om omsetningskjeden for legemidler med undertittelen “Lønnsomme legemidler” (NOU 1997: 6), og en rapport om blåreseptordningen (NOU 1997: 7).

Sammenfallet mellom denne statlige moderniseringen, både på helsesektoren og mer generelt, og kravet om avvikling av monopolet i EØS-avtalen dannet noe av grunnlaget for et endret syn på NMDs rolle på legemiddelsektoren. Flertallet av informantene gir uttrykk for en oppfatning om at monopolet før eller siden ville falt uansett. Samtidig ser det ut til at endringene som fulgte av EØS-tilknytningen har åpnet for en generell gjennomgang av hele legemiddelsektoren. Det politisk og symbolsk viktige ved ordninger som NMDs monopol på legemiddelsektoren ser ut til å ha bevart stabilitet i lang tid, men hendelser utenfor sektoren har ført til at symbolene måtte og kunne revurderes, og dermed gjort endring mulig.

Stortingsdebatten om den formelle avviklingen av monopolet ble en ny debatt om former for statlig styring, nå ført med Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti på den ene side og de resterende partiene på den andre. Samtidig dreide den seg selvfølgelig om internasjonalt samarbeid. For nei-partiene var det viktig å få frem motsetningene mellom de nasjonale styringsmulighetene og norsk suverenitet på den ene side og det internasjonale markedssamarbeidet i EF på den annen side. For ja-partiene var en slik motsetning og ulempene som fulgte med mindre enn fordelene ved EØS-medlemsskap. NMD-saken synes dermed å følge mønsteret for de andre tilpasningene til EØS-regelverket som skjedde i samme periode. Det som for ja-partiene var en gunstig tilpasning til et internasjonalt samarbeid, var for nei-siden en uønsket økning i

de internasjonale markedskreftenes makt og et tap av nasjonal styringsevne og suverenitet. Det ble da heller ikke av ja-partiene brukt argumenter som viste til modernisering eller effektivisering av legemiddelsektoren, selv om dette var viktig for hvorfor NMD-monopolet falt, spesielt for Arbeiderpartiet. En slik argumentasjon kunne forventes å bli oppfattet negativt og virke mot sin hensikt, siden å sette opphevelsen av monopolet inn i en større moderniseringskontekst ville støtte opp under nei-partienes argumenter. Snarere ble *nødvendigheten* av endringen etter EØS-avtalen understreket, og *konsekvensene* av den tonet ned - det ble lagt vekt på at status quo i stor grad ble beholdt. Motstanderne gjorde imidlertid denne koblingen mellom modernisering og avvikling, og også de fleste informantene så endringsprosessen på legemiddelsektoren som en videreføring av en generell moderniseringsprosess i samfunnet. I neste kapittel skal jeg gå nærmere inn på hvordan en slik prosess gjorde seg gjeldende i NMD, og vise at dette også kan ha vært en forutsetning for responsen, i hvert fall for NMDs respons.

5. NMD - fra helsepolitisk virkemiddel til regulær forretning

5.1 Innledning

Endringen av legemiddeloven i 1992 betød nye rammevilkår for grossistledet i omsetningskjeden for legemidler. Vedtaket markerte også en endring i selve identiteten til NMD. NMDs identitet var sterkt knyttet til rammebetingelsene; tidligere var bedriften et statlig monopol med forvaltningsoppgaver, nå skulle den tilpasse seg en situasjon som en grossist i konkurranse, fritatt for andre hensyn enn bedriftsøkonomiske. Avkastning til eierne ble det sentrale mål, og NMD ble et rent forretningsforetak.

I denne delen undersøkes de institusjonelle betingelsene for endring av monopol-situasjonen med fokus på NMD og dets omgivelser - altså på et sub-nasjonalt nivå. I bildet som ble tegnet opp i forrige kapittel mangler selve bedriften, dens institusjonelle identitet og dynamikk, og dens eventuelle støttespillere eller motstandere i omgivelsene på legemiddelsektoren utenfor det parlamentariske beslutningssystemet. Hvordan forholdt NMD seg til sine rammebetingelser og til mulighetene for endring i disse? På hvilken måte hadde bedriftens institusjonelle utvikling og identitet betydning for dens respons på den mulige avviklingen av monopolet? Rammebetingelsene utgjøres både av statlige styringsmidler og av andre forhold i omgivelsene; tekniske og institusjonelle. Mens det i forrige kapittel ble satt fokus på den delen av legemiddelsektoren som setter rammebetingelsene, fokuseres det nå på hva rammebetingelsene settes for.

5.2 Forretning og forvaltning

I 1982 feiret NMD sitt 25-års jubileum, blant annet ved å gi ut en bok om virksomheten i disse årene. Tittelen var “Mer enn et engros-monopol” (Ottesen 1982), og er kanskje mer enn noen annen enkel setning dekkende for bedriftens selvilde.

Som beskrevet i forrige kapittel var opprettelsen av monopolet begrunnet i sosialpolitiske målsettinger. NMD var organisert for å kunne ivareta både sektor- og forret-

ningsmessige interesser, men hele tiden i en relativt fri stilling i forhold til staten.³¹

Den dobbeltheten som ligger i formålene med opprettelsen, ved at NMD skulle finansiere helsemessige tiltak gjennom en sunn forretningsmessig drift, finnes igjen i hvordan tilknytningen til staten ble organisert. Disse forholdene var i utgangspunktet regulert av særloven om NMD (Lov om Norsk Medisinaldepot av 26. februar 1953), som eksisterte frem til 1971. Fra dette tidspunktet ble tilknytningen til staten regulert etter Lov om visse statsbedrifter.

Selv om ledelsen og staben stort sett kom fra de private grossistene, tok bedriften raskt til seg de helsepolitiske formålene som var satt for driften, og lot dem senere styre valget av aktiviteter. Disse oppgaver som NMD var pålagt, som fraktfrefusjonen, eller som NMD selv har valgt å utføre, som i tilfellet med Institutt for Farmakoterapi, var finansiert over NMDs vanlige budsjetter. NMD satte selv sine egne avanser som en fast prosentsats, og bedriftens overskudd var resultatet etter at disse tilliggende aktivitetene var trukket fra. Avansen ble satt etter hvor store disse utgiftene ble, og systemet bar derfor preg av krysssubsidiering innen bedriften. Kostnadene ble på denne måten veltet over på prisen på NMDs tjenester, og i siste instans over dels på brukerne av legemidler og dels på Rikstrygdeverket. I tillegg tilfalt ikke eventuelle overskudd statskassen, siden NMDs budsjetter var uavhengig av nasjonalbudsjettet, og NMD heller ikke ga avkastning til eieren. Derimot gikk overskuddene inn i avsetningsfond for forskning, prisutjevning og til egen disposisjon. Både tilknytnings- og finansieringsformen bidrar til å understreke et viktig motsetningsforhold: Motsetningen mellom, på den ene side, NMD som en forretningsorganisasjon og som en bedrift som skulle bidra til effektivitet i en omsetningskjede, og på den annen side, NMD som et forvaltningsmessig tiltak for å ivareta viktige helsepolitiske målsettinger og som monopolist uten overskudd som mål.

Mens monopoliet altså var et virkemiddel, kunne det også være et problem. Det kunne gi opphav til rollekonflikter og uklarhet, og selve monopolsituasjonen kunne

³¹ Allerede Eckhoff-komiteén fra 1957 kommenterer dette, ved å påpeke det mulige misforholdet mellom at NMD skulle være et "eget rettssubjekt" samtidig som det skulle disponere statlig eiendom (Innstilling fra statsselskapskomiteén av 1957).

gjøre det vanskelig å nå mål man har satt, for eksempel å ha lavere priser (enn i en konkurransesituasjon).

Denne dobbeltheten finnes igjen i NMDs posisjon i omsetningskjeden. NMD overtar varer fra internasjonale produsenter med sterke profittinteresser. Videre selger bedriften til apotek som er sterkt integrert i det norske legemiddelpolitiske systemet, og som har hatt sine økonomiske interesser knyttet til statlige reguleringer og i mindre grad til markedsmekanismer. På den annen side knyttes omsetningskjeden sammen av profesjonsinteressene, som vi skal se har hatt betydning for NMDs utvikling.

5.3 Stabilitet og endring

5.3.1. Begynnelsen

Startfasen var ikke smertefri. En ny bedrift skulle inn i nye lokaler, med et nytt logistikksystem basert på, som det snart skulle vise seg, et hullkortsystem med for lav kapasitet, og med en stab som fra den ene dagen til den andre gikk fra sine private arbeidsgivere hos de tidligere grossistene til sin nye statlige arbeidsplass (Ottesen 1982).

Et annet ledd i problemene var motstanden i de profesjonelle miljøene, slik disse kom til uttrykk både i høringsrunden forut for opprettelsen, og senere i de farmasøytiske tidsskriftene. Disse kritiske holdningene ble i perioden 1957-59 forsterket av de praktiske problemene NMD opplevde. Føllesø (1975) viser til at NMDs legitimitet i den farmasøytiske profesjonen var sterkt knyttet til apotekernes oppfatninger, siden det alt vesentligste av NMDs salg gikk til disse, samtidig som farmasøytene hadde sitt viktigste virkefelt samme sted. Hvordan NMD ble oppfattet i dette miljøet hadde også betydning for NMDs legitimitet i det politiske miljøet - apotekenes holdning ble her sett på som et signal om hvor godt NMD fungerte. Industriens holdninger var mindre viktig for depotet, siden NMD ikke selv bestemte mengde, art eller pris på leveransene fra produsentene.

5.3.2. Faglinjen: Kooptering og ekspansjon

I 1959 var de praktiske problemene i all hovedsak et tilbakelagt stadie, og kritikken synes å ha stilnet av. Blant årsakene til dette, var vektleggingen av de faglige sidene av NMDs aktiviteter. Den første administrerende direktør, Magne Moe, kom fra den stør-

ste private grossisten, og satt fra 1954 til 1983. Både Moe og etterfølgeren Alf Trøstheim - som hadde vært i bedriften i 25 år da han overtok - var farmasøyer.

Moe understreker i et intervju trykket i jubileumsboken at hans posisjon var rent faglig, og at de politiske premissene for arbeidet ble lagt andre steder (Ottesen 1982: 115). Men selv om Moe anså seg som underordnet den politiske virkelighet, hadde likevel ledelsen i bedriften tatt avgjørelser som hadde (legemiddel-)politiske undertoner og ringvirkninger.

Spesielt gjaldt dette styrets beslutning i 1959 om å bruke av overskuddene til å arbeide for riktig legemiddelbruk fremfor prisnedsettelse, en strategi Moe var en varm forkjemper for. Styret i bedriften tok på dette tidspunktet det første steg i retning av å bli noe “mer enn et engrosmonopol”. Et av de viktigste argumentene for opprettelsen for flertallet på Stortinget var at et statlig monopol kunne medvirke til å holde prisene på et lavt nivå, siden profittmotivet var antatt fjernet. Et annet var at NMD som statlig organ på ulike måter kunne bidra til en riktigere legemiddelbruk. I den grad det ville koste penger å bidra til riktig legemiddelbruk, stod disse forhåpningene i motsetning til hverandre. Å bruke penger til et formål vil i de fleste tilfelle bety at de samme pengene ikke kan brukes til et annet formål. Da NMD etterhvert viste seg å gå med overskudd, stod bedriften derfor overfor valget mellom å drastisk minske dette overskuddet ved å senke prisene på sin produksjon, eller å bruke av det til andre formål. På dette punktet valgte NMDs styre andre formål: “Riktig bruk fremfor lavere pris, var tankegangen” (Ottesen 1982: 85), og en av begrunnelsene for dette var at det ikke var pasientene, men staten som i første rekke ville nyte godt av prisnedsettelser, siden staten uansett plukket opp størsteparten av regningen.

Det første praktiske utslag dette vedtaket fikk, var en bevilgning på 200000 kroner i 1962 til et fond til støtte for informasjon, forskning og undervisning i farmakologi, farmakoterapi og farmasi. 150000 ble stilt til rådighet for Universitetet i Oslo, og 50000 for Universitetet i Bergen, og ble i første rekke benyttet til undervisningsformål (Ottesen 1982; Falkum, Jensen og Bomann-Larsen 1979).

Samme år ble det på et møte i Nordisk Råd etterlyst et nordisk samarbeid om et institutt for legemiddelforskning. Med henvisning til dette bevilget NMDs styre midler til et “Institutt for farmakoterapi” ved Universitetet i Oslo. Fra 1963 frem til

avviklingen av monopolet var NMD instituttets viktigste finansieringskilde, og instituttet var for NMD den mest sentrale delen av arbeidet for å nå målsettingen om “riktigere bruk av legemidler” (Follesø 1975). Instituttets arbeidsområde har vært å samle informasjon om effekten av bruken av legemidler, undervisning, samt å drive klinisk utprøving. Ferdig utdannede leger har vært den viktigste målgruppen for arbeidet.

Dette var ingen ukontroversiell ordning, siden finansiering av institutter på universitetene normalt tilligger helt andre organer, og siden midlene gikk av det disponible overskuddet som i utgangspunktet var ment å skulle gå til lavere legemiddelpriser. I perioden 1962-1977 utgjorde bevilgningene til instituttet omtrent 15 % av NMDs disponible overskudd.

Som statsbedrift har NMD også hatt andre oppgaver som ikke har hatt direkte tilknytning til den forretningsmessige siden av virksomheten, men som samtidig er blitt finansiert av den. Blant de oppgavene som etterhvert ble pålagt NMD, var å føre, publisere og sende ut den offentlige legemiddelstatistikken. Denne oppgaven har NMD lagt stor vekt på og mye arbeid i, i den grad at arbeidet har høstet internasjonal anerkjennelse. Dette har gitt seg utslag i at World Health Organization har opprettet “WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology” i tilknytning til NMD, som gir rettleiding i bruk av to metodiske hjelpemidler for legemiddelstatistikk som NMD har utviklet. Senteret har også ansvaret for å videreutvikle metodene.

Ved siden av statistikkheftet har NMD også finansiert informasjonshefter som alle norske leger har fått tilsendt, en del av den informasjonsmassen som kalles produsent-uavhengig informasjon. Produsentene lager til en hver tid store mengder informasjon, spesielt om sine egne produkter, men det anses som viktig i de faglige miljøene å ha korrektiver eller alternativer til dette, siden det antas at industriens informasjon ikke er fullstendig objektiv.

I tillegg til å bekoste frakten til apotekene, har NMD også vært pålagt å refundere de utgifter apotekene måtte ha for å sende legemidler til pasienter som ikke selv har kunnet hente dem. Dette har bidratt til å holde legemiddelprisene like, også for enkeltpersoner som på grunn av sykdom eller geografi er forhindret fra enkel tilgang til legemidler uten store ekstrakostnader.

Utvidelsen av NMDs virkeområde synes å ha sammenheng med tre forhold. For det første er den betinget av *muligheten* til å drive selvstendig ekspansjon; som et eget rettssubjekt, med ansvar for å sette egen avanse og muligheten til å disponere overskuddet relativt fritt. For det andre er utvidelsen betinget av de vagt definerte og tildels selvmotstridende formål som ble anført for å opprette bedriften. Spesielt forholdet mellom målsettingen om å bidra til riktigere legemiddelbruk og målsettingen om billigere legemidler ga NMD et stort spillerom til å velge egne aktiviteter. For det tredje synes ekspansjonen og valget av ekspansjonsområder å være tett knyttet til det avhengighetsforholdet NMD stod i overfor det farmasøytiske miljøet. Å dempe motstanden her var viktig for NMDs fremtid. Alle virksomhetsutvidelsene var direkte rettet mot, og til fordel for, dette miljøet, og enkelte tiltak var direkte rettet mot høystatusgruppene innen feltet på universitetene og blant legene (Follesø 1975).

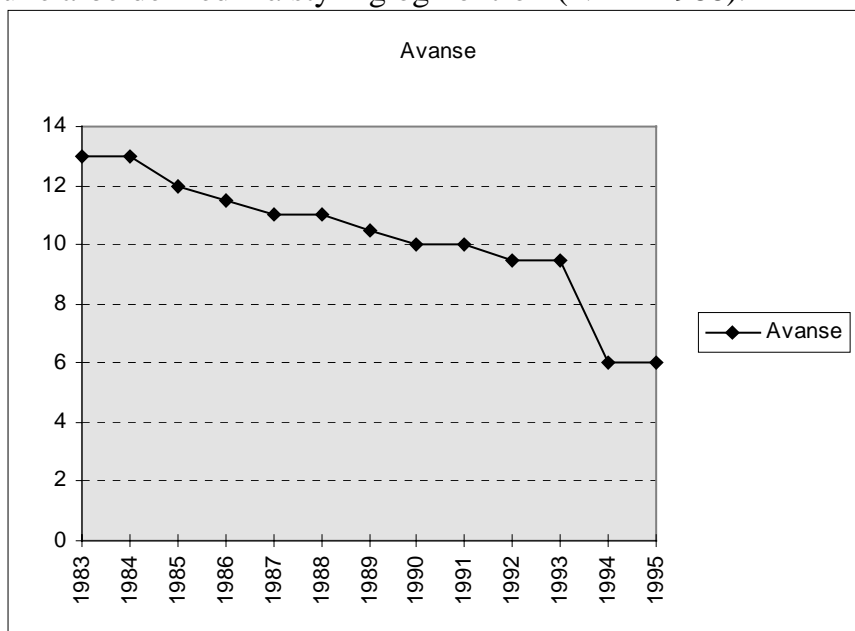
Det skjer altså en kooptering av de nære handlingsomgivelser fra 1959, drevet frem av behovet for profesjonell og politisk legitimitet, og gjort mulig ved en selvstendig posisjon i forhold til myndighetene kombinert med uklare politiske målsettinger.³² NMD fikk trening i å håndtere sine omgivelser gjennom de tidlige utfordringene av monopolets legitimitet. Gjennom tilpasning til omgivelsenes standarder har NMD også kunnet påvirke sine egne rammebetingelser. Det vises senere at bedriften også har benyttet seg av, og hatt god bruk for, denne øvelsen. Arbeidet med å utvikle eget arbeidsområde viser en bred innsats fra NMDs side for å stå frem som en helsefaglig orientert aktør på legemiddelsektoren. Gjennom å rette oppmerksomheten mot de nasjonale farmasøytiske og medisinske miljøer knyttet NMD til seg de støttespillere bedriften trengte. I jubileumsboken luftet imidlertid Moe en viss skuffelse over at alle ikke var blitt overbevist om at “riktig bruk gir billigste medisin” (Ottesen 1982: 113) og at NMDs strategi var den riktige for norsk legemiddelsektor. Innsatsen ble senere i større grad ble konsentrert om å være “effektive”.

³² Se Selznick (1984: 13): “[C]oöptation is the process of absorbing new elements into the leadership or policy-determining structure as a means of averting threats to the stability or existence”.

5.3.3. Effektivitetslinjen

Med Trøstheim som administrerende direktør skjedde det fra 1983 en endring i betoningen av NMDs ulike sider utad, på tross av hans sterke tilknytning til bedriften fra startfasen av. Stadig ble de samfunnsmessige oppgaver og faglige sidene ved bedriften fremholdt som viktige, men det ble nå lagt en helt annen og større vekt på *effektivitet*. Trøstheim viste til faren for å tenke og oppføre seg monopolistisk, noe som ledet til hans “kongstanke” for virksomheten: “[E]neste måte å måle produktiviteten og hvordan vi utfører vår jobb på, er avansen” (Aftenposten 24.01.1986). Etter et styrevedtak ble avansen gradvis satt ned fra og med 1985, slik figur 1 viser. Frem til dette hadde avansen variert rundt 13%.

Avansesenkningene var det sentrale målet for effektiviseringsarbeidet frem til 1989. Tanken var at intern fokusering på kostnadskutt og økt produktivitet skulle kunne gi tilnærmet samme effekt som om NMD hadde vært i en konkurransesituasjon. Virkemidler for å oppnå dette var å innføre en virksomhetsinndeling av bedriften i forretningsområder og resultatenheter, det ble etablert en egen materialadministrasjonsavdeling og ansatt en egen direktør for dette, og det ble igangsatt prosjektarbeid som skulle arbeide med målstyring og kontroll (NMD 1988).



Figur 1: Avanseutvikling i %, 1983-95.³³

³³ NMD 1988 - 1996 (Årsrapporter). Observasjonen for 1985 er usikker.

Den nye strategien kan sees i sammenheng med et sammenfall av flere endringer i omgivelsene som tidligere har vært beskrevet: I 1979 fikk man for første gang en kraftig kritikk i Stortinget av den pris- og avansepolitikk NMD til da hadde ført, og denne gjentok seg senere. I tillegg er begynnelsen av 80-tallet også kjennetegnet av en bevissthet om, og et søkelys på, effektiviteten i offentlige organer - det moderniseringsprogrammet som det tidligere er vist til. Effektivitetslinjen var en ny tilpasning til nye krav. Det politiske miljø var godt overbevist om den faglige dyktighet innen NMD, men på dette tidspunktet ble det stilt spørsmål ved NMDs økonomiske strategi, og NMD svarte på dette ved å vektlegge nye sider av virksomheten utad og ved å gjøre sitt for å fremstå som en effektiv bedrift.

I 1985 ble regjeringen som et ledd i behandlingen av Medisinaldepotets virksomhet bedt om å nedsette et utvalg som skulle foreta en nærmere analyse av bedriften. Det såkalte Disen-utvalget kom med en serie forslag til hvordan NMD kunne effektivisere og omorganisere virksomheten. Anbefalingene berørte styrings- og organisasjonsstrukturen i bedriften, rabattordningene, kompetansesammensetningen, krysssubsidiering og enkelte andre forhold (St. meld. nr. 62 1986-87). Å etterleve Disen-utvalgets konklusjoner ble sentralt i arbeidet med bedriftsutviklingen (NMD 1988).

Utad stod NMD også *som bedrift* overfor et visst legitimitetsproblem. Ikke overfor det partipolitiske miljøet, der organisasjonen ble oppfattet som effektiv og veldrevet, men først og fremst overfor produsentene av legemidler. I monopolsituasjonen hadde produsentene ikke annet valg enn å forholde seg til NMD som eneste leverandør av grossisttjenester, og NMD hadde rettet sin oppmerksomhet og servicevirksomhet mot apotekene, som i større grad enn produsentene var en del av den *offentlige* legemiddelstrukturen.

Denne misnøyen med NMD hos produsentene fikk et eksplisitt uttrykk i NMDs internavis senere, da flere representanter for industrien ble intervjuet: “NMD må etter min mening gjennom en kulturell snuoperasjon [vekk fra forvaltningskulturen]”, “Industrien har lenge følt at den har vært overkjørt av NMD” (Intervjuer med representanter for Nycomed Pharma og Pharmacia i Linjen juni 1994).

En undersøkelse NMD bestilte fra et eksternt konsulentbyrå viste at produsentene karakteriserte NMD med stikkord som “monopolistisk, byråkratisk, tung/treg, traust og

kompetanse”. Produsentene ønsket et NMD som konsentrerte seg om sitt “hovedprodukt”: Å transportere og lagre legemidler. Farmasøytisk kompetanse ble sett på som mindre viktig. “Videre ligger utfordringen i at NMD må fremstå som dynamisk, konkurranseorientert, produsent- og kundeorientert og effektiv”.³⁴ Dette ligger langt fra bildet av det tradisjonelle NMD.³⁵

For ledelsen i NMD var det etter avviklingen viktig å endre den “forvaltningskultur” - her ment som et motstykke til “effektivitetskultur” - som etter manges, både eksternt og internt i bedriften, mening hadde rådet i NMD (Fjelberg 1994, intervju, Linjen juni 1994 og juli/august 1994). NMDs nye administrerende direktør fra 1993, sivil-økonomen Arne Øverby, formulerte det som at bedriften måtte stille spørsmålet om hva den skal tilpasse seg, ikke hva som passer bedriften, slik som den kunne “under forvaltning” (Norges Apotekerforenings Tidsskrift 1994 nr. 4). Det var lite utskiftning blant personalet i bedriften, og en spørreundersøkelse med 129 spørsmål blant 50 ansatte viser at de ansatte så sent som i 1994 jevnt over var enige i påstander som “kulturen i NMD er preget av en forvaltningsholdning”, “jeg vet hvorfor NMD må markedsorientere seg”, og til dels enige i at “NMD er regelstyrt” (Fjelberg 1994). Om NMD lenge hadde søkt å stå frem som en effektiv, moderne og rasjonell bedrift, var det ikke gitt at de lyktes med det i alle sammenhenger.

Apotekene var derimot langt mer tilfredse enn industrien med bedriften, og la størst vekt på høy farmasøytisk kompetanse, at leveransene skjedde billig, til rett tid og at NMD hadde forståelse for apotekenes problemer.³⁶

Skiftet som skjer fra faglinjen til effektivitetslinjen på første halvdel av 1980-tallet er godt synlig, men innebar neppe noen grunnleggende endringer for NMD. NMDs institusjonelle identitet forble i stor grad den samme. Utad og innad dreide det seg om en betoning av andre sider ved virksomheten, om interne omorganiseringer og

³⁴ Undersøkelse gjort av konsulentbyrået Alfa & Omega, gjengitt i Fjelberg 1994: 121.

³⁵ Disse undersøkelsene er gjort etter at monopolet formelt ble opphevet, men det er ingen grunn til å tro at disse holdningene skulle være mindre utbredt tidligere.

³⁶ Undersøkelse gjort av konsulentbyrået Feedback Research, gjengitt i Fjelberg 1994.

effektivitetsøkende tiltak av den typen som ble etterspurt i samtiden som kvalitetssikring, virksomhetsinndeling og resultatstyring. Det mest karakteristiske ved virksomheten, som monopolsituasjonen og subsidiering av faglige og fordelingspolitiske tiltak gjennom driften, ble ikke endret ved å søke å oppføre seg som om bedriften var utsatt for konkurranse. Effektivitetslinjen tilfredsstilte krav utenfra, som kan ha blitt presentert for bedriften gjennom “institusjonaliserte standarder” i omgivelsene, men først og fremst eksplisitt gjennom krav fra Stortinget.³⁷ Linjeskiftet viser NMDs behov for å svare på utfordringene av monopolets legitimitet. Gjennom Høyres angrep ble NMD stadig minnet på at monopolet var utsatt for politisk press og ikke nødvendigvis var evig. Det ble opprettet som en del av et politisk program, og turbulensen underveis viste hvor sterkt det var knyttet til denne politiserende linjen, men også at NMD måtte fortsette å stå frem som en godt drevet bedrift for å tilfredsstille den pragmatiske linjen på Stortinget. Å tilpasse seg nye idéer om bedriftsstyring skjermet NMD mot eventuell kritikk for ineffektivitet og hjalp til å opprettholde det positive synet på NMD. Dermed hadde effektivitetslinjen for det første en instrumentell komponent, ved at bedriften presumptivt ble bedre i stand til å møte konkurranse dersom det skulle bli aktuelt, og for det andre en legitimerende komponent, ved at den signaliserte at NMD var en moderne og effektiv bedrift, som igjen ga den effekten at den minsket sannsynligheten for at konkurranse faktisk ville bli innført. Av disse to synes det klart at den legitimerende komponenten i utgangspunktet var viktigst, men det instrumentelle aspektet skulle også få konsekvenser for responsen på EFTA-EF-prosessen.

5.4 Respons på den europeiske utfordringen

Moderniseringen og effektiviseringen av bedriften aksellererte fra 1989. Allerede fra EFTA-EF-prosessen begynnelse var NMD opptatt av “den europeiske utfordringen”: Det ble umiddelbart etter at begrepet EØS dukket opp forstått at avtalen kunne berøre NMD (intervju). Dette støttes blant annet opp av et intervju ledelsen ved Trøstheim ga

³⁷ Se Røvik (1992: 263): “Institusjonalisert standard [brukes] om form-elementer som har gjennomgått en sosial transformasjonsprosess og dermed blitt en

til Aftenposten dette året, der en investering på over 100 millioner i et nytt lager ble begrunnet med behovet for å “posisjonere bedriften for å møte nye utfordringer - ikke minst fra EF” (Aftenposten 20.09.1989). Det ble tidlig besluttet å ikke kjempe for monopolstillingen (Trøstheim 1990, intervju). Enkeltpersoner i ledelsen i NMD var tidlig - fra 1989 - oppmerksomme på EFTA-EF-prosessen som foregikk, og at et mulig europeisk samarbeid som inkluderte Norge med stor sannsynlighet også ville berøre legemiddelsektoren og NMD (intervju). Det ble oppfattet at EØS var en avtale som tok sikte på å innføre de fire friheter, og dette ble også formidlet til de ansatte gjennom internavisen, sammen med muligheten for at monopolet kunne stå for fall (NMDitten 1990a; b). Den utsatte posisjonen ble også understreket av at ordningen var enestående i Vest-Europa, noe NMD selvfølgelig var klar over. Ledelsen så sannsynligheten som stor for at monopolsituasjonen kunne bli berørt uansett om EØS-avtalen ville blitt en realitet eller ikke (Trøstheim 1990; intervju).

Det ser her ut til at NMD lå et stykke foran det politisk-administrative systemet. På dette tidspunktet var NMD-monopolet ikke sett på som utsatt som en følge av nærmere tilknytning til EF - i Sosial- og helsedepartementet ble det i begynnelsen av prosessen antatt at statsmonopolene kunne beholdes gjennom en særavtale (intervju).³⁸

Sommeren 1990 kom de første offentlige signalene om at unntak antakelig ikke ville kunne oppnås for NMDs eneretter, gjennom handelsminister Kaci Kullmann Fives redegjørelse for Stortinget om EFTA-EF-prosessen. I en artikkel i Norsk Farmaceutisk Tidsskrift oppsummerte administrerende direktør Trøstheim NMDs holdning til regjeringens beslutning. Styret, administrasjonen og fagforeningene gikk offisielt inn for å beholde monopolordningen, men samtidig ble det sett på som selskapets plikt å forholde seg til de rammebetingelser som myndighetene satt. Fagforeningene stilte seg forøvrig bak ledelsens strategi i forhold til spørsmålet om

meningsbærende form eller praksis som flere ønsker å adoptere”.

³⁸ Se også Regjeringsutvalget for EF-saker 1990: 24: “Om og i hvilken grad dette [EØS] kan få betydning for eksempel for Vinmonopolet og Medisinaldepotet er forløpig uavklart. Fra norsk side legges det stor vekt på den helsemessige begrunnelse for å bevare disse ordningene. En nærmere avklaring av eventuelle unntaksbehov vil først finne sted under selve forhandlingene.”

monopolet (intervju), og det er derfor grunnlag for å oppfatte som NMD som en enhetlig aktør.

“Administrasjonen har derfor ikke sett det som sin oppgave å sloss for **monopolet** som sådan. Det toget gikk 1. juni. Men de helsepolitiske aspekter monopolet representerer i tillegg til den rene distribusjonsvirksomheten, vil vi kjempe for skal beholdes også etter at EØS-avtalen er en realitet [...] NMD har aldri sett på monopolretten som evigvarende. Derfor har vi gjennom 80-årene bevisst satset på å utvikle en organisasjon og en medarbeiderstab som skal kunne mestre sine oppgaver også i en konkurransesituasjon [...] Det har tilsynelatende forundret noen at NMD fremstår som en pådriver snarere enn en bremsekloss i denne utviklingen. Det er et bevisst valg, i erkjennelsen av at det ikke er vi som legger premissene for EØS-forhandlingene (Trøstheim 1990: 10-12, uthev. i orig.).

På samme tid gikk Trøstheim ut med et offensivt utspill (Aftenposten 30.08.1990).

For det første ble fordelene ved konkurranse i markedet holdt frem. For forbrukerne kunne dette bety lavere priser. For det andre ba NMD om å få endret sin tilknytningsform ovenfor staten; Trøstheim anså statsselskapsformen som lite egnet for bedrifter i konkurranse. Spesielt ga ikke denne formen det nødvendige spillerommet for egne disposisjoner innen bedriften, dette til tross for at NMD som tidligere nevnt tradisjonelt hadde hatt en forholdsvis fri stilling ovenfor myndighetene.

For det tredje, og mest interessant, luftet ledelsen i NMD muligheten for en *privatisering* av NMD ved å innføre privat eierskap: “Et delvis privatisert NMD er attraktivt for investorer, regner han [Trøstheim] med. Selskapets pengebinge er betydelig, og bokførte verdier beløper seg til nærmere en milliard kroner” (ibid.).³⁹ Utspillet er interessant, fordi idéen om privatisering, uansett betydning av ordet, hadde skapt konflikt og generert motstand i Norge fra det først ble brakt på bane i begynnelsen av 80-årene (Olsen 1988; 1996), samtidig som “privatisering” i betydningen salg av offentlig eide organisasjoner i liten grad var (og er) blitt benyttet.

Denne offensive og utadrettede holdningen til den potensielle nye markedssituasjonen ble også presentert senere, sammen med gode økonomiske resultater for bedriften. Trøstheim la i november 1990 frem NMDs kvartalsregnskap, og understreket at “vi er klare til å møte konkurransen fra Europa” (Aftenposten 08.11.1990). NMD jobbet hardt med å bli en moderne, konkurranseorientert bedrift

³⁹ Paradoksalt nok hadde ledelsen i NMD, som et rent forretningsforetakende i 1997, i forkant av avgjørelsen om helt eller delvis salg av bedriften ikke noen offisiell holdning til regjeringens ønske om privatisering.

gjennom slanking og effektivisering. Bemanningen skulle reduseres med 40 personer - dog gjennom naturlig avgang og stillingsstopp - og et nytt økonomisk styringssystem, resultatenheter i bedriften og målrettet ledelse var på plass.

To uker etter at det var klart at Brundtland-regjeringen formelt hadde besluttet at Norge ikke ville beholde NMD-monopolet, gikk NMD offentlig ut med planene om å kjøpe opp Apotekernes Fællesindkjøp (AF). Utad var begrunnelsen for dette den samme som for de andre tiltakene som var innledet siden EØS-avtalen ble bebudet; å styrke stillingen for å møte den kommende konkurransen (Aftenposten 22.04.91). En inntreden på AFs produktmarked ville kunne kompensere for tapte markedsandeler på legemiddelmarkedet, sammenslåingen kunne utløse stordriftsfordeler og AF rådde også over kompetanse i markedsføring og prisforhandlinger, et område NMD ikke behersket (Prisdirektoratet 1991). I tillegg kom en annen og svært viktig fordel ved å kjøpe opp AF, at NMD på den måten kvittet seg med en sannsynlig konkurrent på det åpne grossistmarkedet for legemidler.⁴⁰

For NMD utgjorde ikke muligheten for en avvikling av monopolet noen trussel for den faglige identiteten til bedriften. NMDs rolle som garantist for legemiddelfaglig sikkerhet var ikke knyttet til de spesielle statlige rammebetingelsene, men til den farmasøytiske kompetansen som NMD allerede hadde aksept for. Farmasøytenes hegemoni på sektoren, også hos produsenter og på apotek, viser at faglig sikkerhet ikke nødvendigvis står i motstrid til profittinteresser. Dette understrekes av at

⁴⁰ Siden en sammenslåing av NMD og AF kunne få stor betydning for den kommende markedssituasjonen, gitt at EØS-avtalen ble en realitet, ble NMDs tilbud om oppkjøp brakt inn for Priserådet og behandlet i Prisdirektoratet (senere Konkurransetilsynet). Direktoratet var åpenbart skeptisk til ervervet, men mente det ikke ville gripe uforholdsmessig inn i konkurransesituasjonen på den betingelse at et fullsortimentskrav ikke ville bli stilt til nye grossister. Dette fordi et slikt krav ville øke etableringsterskelen kraftig. Siden Sosial- og Helsedepartementet på den tiden mente at et slikt krav ville være uforenlig med EØS-avtalen, ga Priserådet grønt lys for oppkjøpet. Fullsortimentskravet ble imidlertid ikke avviklet, og i et senere notat går Konkurransetilsynet ganske langt i å ta selvkritikk for at en slik mulighet ikke ble grundigere utredet, samt i å antyde at vurderingen i så tilfelle kunne gitt et annet resultat (Konkurransetilsynet 1994).

grossistsiden i omsetningskjeden tidligere var organisert som et forholdsvis fritt marked, uten at dette ble oppfattet som noe faglig problem, i tillegg til at andre land innenfor det felles europeiske markedet praktiserte konkurranse i grossistleddet. Viktigst er det imidlertid å se responsen som en videreføring av effektivitetslinjen: For NMD fremstod avviklingen av monopolet som en fortsettelse av en utvikling som NMD selv hadde vært sterkt opptatt av siden første halvdel av 1980-tallet. For en bedrift som over lengre tid hadde drevet at effektiviseringsarbeid under et slagord om å oppføre seg som om den hadde konkurrenter, vil reell konkurranse lettere stå frem som et naturlig neste steg. Flere i NMD så også på en konkurransesituasjon som en mulighet for bedriften; til å kvitte seg med oppgaver som etterhvert ble oppfattet som å ligge utenfor bedriftens virkeområde, som Institutt for Farmakoterapi, og til å konsentrere seg om kjernevirksomheten. Evnen til å møte konkurransen ble også vurdert som god på grunn av den innarbeidede posisjonen hos kundene og den sterke finansielle situasjonen. Oppkjøpet av AF viser at den offensive holdningen også bygget på en vilje til handling. Disse oppfatningene ble samtidig kombinert med den tidlige bevisstheten om hva en tettere europeisk tilknytning kunne bety for NMD. Spesielt var denne vurderingen knyttet til vissheten om at Norge var det eneste land med en monopolordning, og til at ledelsen så en nærmere tilknytning til EF som “nærmest uavvendelig”, uansett om EØS-avtalen ville bli en realitet eller ikke (Trøstheim 1990). Ledelsen oppfattet det paradoksale i at NMD gjennom sin strategi kunne undergrave monopolets stilling dersom EØS ikke ble noe av, for ideelt sett ønsket man å beholde enerettene (ibid.). Holdningen til utfordringen var derfor betinget av at ledelsen oppfattet en nærere Europa-tilknytning som uunngåelig, og at en slik nærere tilknytning høyst sannsynlig (i det minste) ville sette monopolet under sterkt press, men innholdet i responsen, eller den retningen den tar, er styrt av den institusjonelle utviklingen i NMD i årene forut for EFTA-EF-prosessen.

5.5 NMD som monopolist

Ved opprettingen av NMD skapte man et monopol på et område hvor et naturlig monopol ikke fantes fra før. Depotet har med sin enerett kunnet *tilpasse seg som monopolist*. Disen-utvalget påpekte en serie punkter der det fantes rom for forbedrin-

ger, blant annet uklare styringsforhold og krysssubsidiering innen bedriften. Det vises også til at bedriftsstrukturene gjorde det vanskelig for myndighetene å kontrollere ressursbruken i organisasjonen (St. meld. nr 62 1986-87).

En bedrift som er alene om å levere varer eller tjenester på et marked, vil gjerne legge seg på et nivå der den produserer mindre til en høyere pris enn det den ville gjort i en konkurransesituasjon, blant annet fordi det på grunn av asymmetrisk informasjon er mulig for bedriften å skjule sine reelle kostnader for eventuelle kontrollerende organer. I en slik situasjon vil samfunnsoverskuddet totalt bli mindre, og konsumentoverskuddet vil bli mindre til fordel for produsentoverskuddet. Sagt enklere: I forhold til en konkurransesituasjon vil samfunnet og konsumenten i teorien tape, og produsenten vil tjene på monopollet (Munthe 1986).

Imidlertid kan ikke denne hypotetiske situasjonen dekke de forhold som fra 1953 rådet på grossistsiden av legemiddelmarkedet på grunn av de mange avvik fra “det perfekte marked”. Grossisten møter ikke her en (med økende pris) moderat fallende etterspørselskurve. Etterspørselen NMD står overfor er på det viktigste delmarkedet (reseptpliktige legemidler) i liten grad avhengig, i hvert fall til et visst nivå, av den prisen grossisten setter for videresalg. Dette skyldes at den som skal bruke produktet (pasienten) ikke er den samme velger det ut (legen) og heller ikke den samme som betaler for det (Rikstrykdeverket). Når grossistens andel av den samlede prisen i tillegg utgjør en svært liten del av den endelige pris (6%), står han nærmest står fritt til selv å velge den avansen han vil. NMD vil imidlertid, som innehaver av en statlig enerett til å importere og distribuere legemidler, være avhengig av myndighetenes vilje til å opprettholde denne ordningen, og ville derfor måtte forholde seg til hva myndighetene oppfattet som et rimelig nivå. Uten å antyde hvor grensen for et rimelig nivå går, kan det antas at et slik grense finnes.

Mot denne bakgrunnen er det interessant å se utviklingen i bedriftens økonomi. Som vi har sett tidligere, og som Follesø (1975) påpeker, var forretningsmessige hensyn ikke ment å skulle være en viktig del av virksomheten fra regjeringspartiets side. Likevel har NMD hatt gode overskudd, og disse har i stor utstrekning gått til en kapitalmessig styrking av bedriften gjennom avsetning til fond som bidro til egenkapitalen. I forbindelse med diskusjonen om NMD skulle inngå i den statlige

budsjettering, gikk det frem av ledelsens synspunkter at man “i NMD så på organisasjonen som en forretningsorganisasjon på linje med private forretningsorganisasjoner. [...] Gjennom hele Norsk Medisinaldepots driftstid har en effektiv forretningsorganisasjon vært vurdert som en vesentlig forutsetning for måloppnåelse” (Follesø 1975: 67-68).

De gode resultatene vedvarte frem til opphevelsen av monopolordningen. I tabell 1 vises disponibelt overskudd for den siste tiårsperioden.

Tabell 1: Disponibelt overskudd i NMD (1000 000 kr.)1986-95.⁴¹

1986	44,7
1987	52,2
1988	61,1
1989	56,9
1990	79,1
1991	102,6
1992	155,3
1993 (NMD AS)	82,6
1994 (NMD AS)	13,6
1995 (NMD AS)	-5,3

Disse resultatene kommer i en periode med jevnlige, og enkelte år til dels store reduksjoner i den gjennomsnittlige avansesatsen (se figur 1 s. 70). Fra 1986 til 1995 falt avansen fra 13% til 6%. Det har ikke skjedd større endringer i den gjennomsnittlige avansesatsen etter dette.

Gode overskudd som gir bidrag til egenkapitalen og høye avansesatser er dog ikke i seg selv nok til å konkludere med at bedriften har tilpasset seg som monopolist, for eksempel har både apoteker og produsenter langt høyere avansesatser, men den store avstanden mellom avansen i monopolsituasjonen og avansen i konkurransesituasjonen tyder på at den har vært kunstig høy og at organisasjonen har hatt betydelig ressursmessig slingringsmonn. Imidlertid bør imidlertid også dette tolkes med

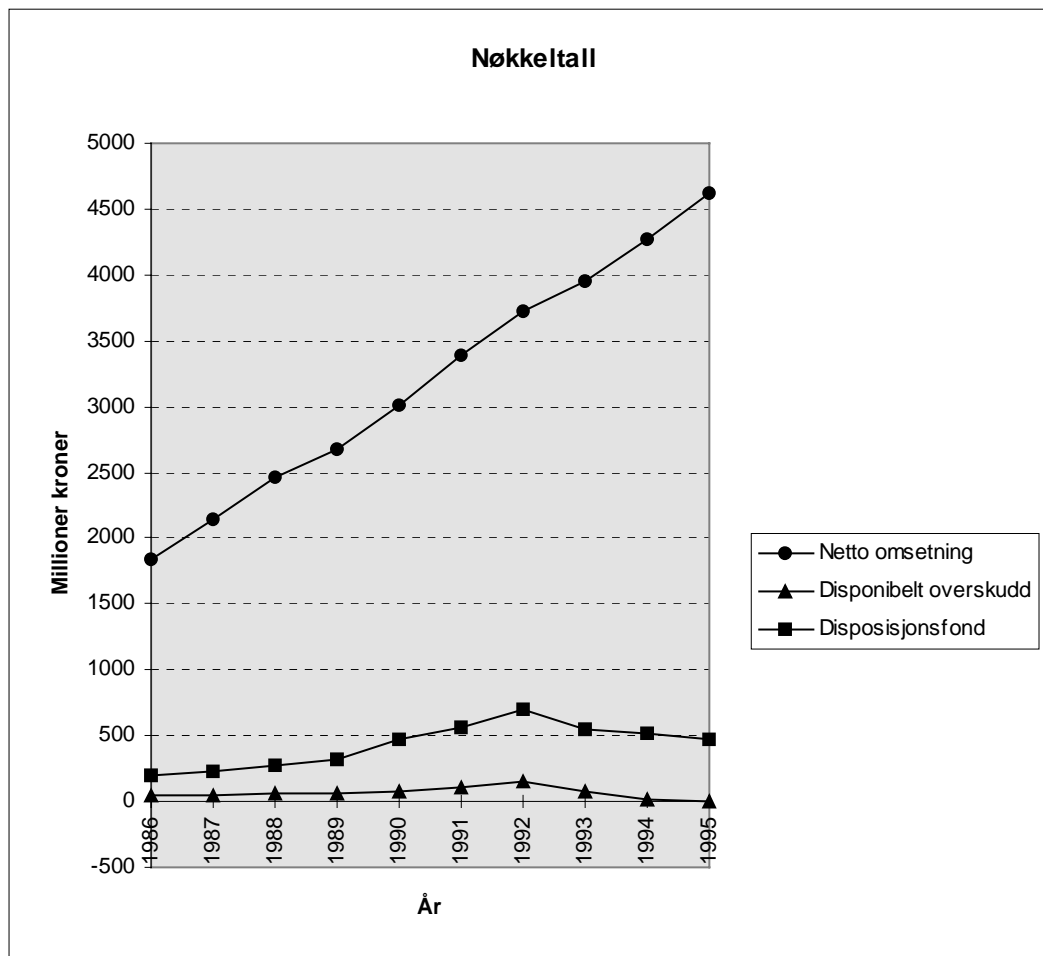
⁴¹ NMD 1988; 1990; 1992; 1993; 1995; 1996.

forsiktighet, siden situasjonen i dag kan tyde på at en grossist ikke vil finne en stor nok plass i markedet - grossisten ADA har en forsvinnende liten andel - og siden ingen av grossistene gikk med overskudd i 1996 med de gjeldende avanser. Sagt på en annen måte er det flere ting som tyder på at grossistmarkedet ennå ikke har funnet sin balanse, og det er derfor vanskelig å trekke sikre konklusjoner på bakgrunn av dette. Om det i dag ikke er mulig å gi et sikkert svar på om avansen *var* kunstig høy eller *er* kunstig lav i forhold til en hypotetisk markedslukevekt, er det grunn til å tro at produktivitetsforbedringer har funnet sted, siden avansereduksjonene ble gjort samtidig med en nedskjæring av arbeidsstokken.

En annen indikasjon på at bedriften i monopolsituasjonen utviklet et visst omfang av frie ressurser, kan man få ved å sammenlikne med den største grossisten på det svenske markedet, som i perioden 1976 - 83 hadde kostnader som andel av omsetningen som lå omtrent 4 prosentpoeng under NMD (5% i forhold til NMDs 9%), altså nesten halvparten av NMDs kostnader (Wahlbin 1985). Det må her bemerkes at grossistene i Sverige er organisert som enkanaldistributører⁴², og således har en annen markedssituasjon, men på den annen side startet bedriftene 70-tallet med like kostnadsandeler, slik at den svenske grossisten har hatt en langt bedre kostnadsutvikling enn NMD.

Tidspunktet for den største avansenedsettelsen, 1993, peker mot et annet trekk ved bedriftens økonomi. I hele perioden fra 1986 skjedde det store avsetninger til disposisjonsfondet, som utgjorde fri egenkapital for bedriften. Fra 193 millioner i 1986 økte dette til 695 millioner kroner i 1992. Avsetninger til disposisjonsfondet vises i figur 2. I figur 3 vises endringene i de samme størrelsene som prosentvise endringer fra år til år.

⁴² Enkanaldistribusjon: Grossisten får monopol på en produsents varer.



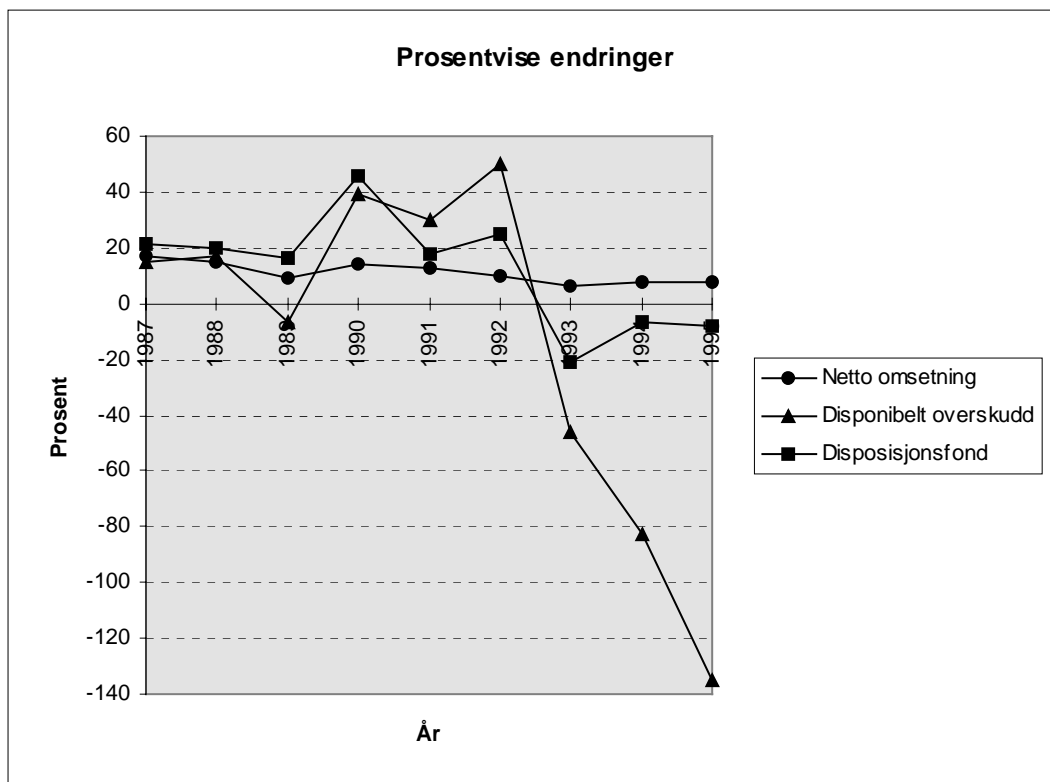
Figur 2: Netto omsetning, disponibelt overskudd og disposisjonsfond for NMD 1986-1995 ⁴³

Den store nedgangen i fondet i 1993 skyldes at midler fra disposisjonsfondet ble brukt til aksjekapitalen som ble satt til 200 millioner ved stiftelsen av NMD AS.

Den største avsetningen til fondet skjedde i 1990, da det økte i størrelse med 46%. Dette er året etter at NMD hadde begynt å forberede seg til “den europeiske utfordringen”. NMD synes altså å ha akkumulert midler for å posisjonere seg til fremtidig konkurranse. Egenkapitalandelen (fri og bundet egenkapital) var dette året også på sitt høyeste, 55% (Se tabell 2). Gjennomsnittlig egenkapitalandel for all engroshandel i Norge var i 1994 31% (Statistisk Årbok 1996). Den høye egenkapitalen gjorde det mulig å senke avansen kraftig. Dette kan gi signal om en strategi hos et monopol som

⁴³ NMD 1988 - 1996 (Årsrapporter).

står i fare for å bli utsatt for konkurranse. En konkurrent vil bare etablere seg dersom forventet inntjening når over et visst nivå - ingen vil starte en kommersiell bedrift dersom det ikke antas å være mulig å tjene penger på den. Ved å senke avansene til et lavt nivå, og på den måten minske inntjeningsmulighetene, kan monopolisten forsøke å avskrekke den potensielle konkurrenten. Skulle en eller flere konkurrenter allikevel etablere seg, kan den tidligere monopolisten håpe å trette ut konkurrenten ved tære på sine egenkapitalreserver. Som det går frem av tabellen under, er egenkapitalandelen i NMD gradvis blitt lavere siden 1992, noe som har sammenheng med de lave overskuddene etter dette året. I 1995 gikk NMD med underskudd, som vist i tabell 1, i likhet med de nye konkurrentene.



Figur 3: Prosentvise endringer fra år til år for netto omsetning, disponibelt overskudd og disposisjonsfond for NMD 1987-1995. ⁴⁴

Monopolisten har i tillegg den fordel at de viktigste investeringene allerede er gjort, mens konkurrentene vil ha store kostnader ved å etablere seg. I den grad monopolisten kan påvirke disse kostnadene, vil det klart være en fordel for denne at de blir høyere.

⁴⁴ NMD 1988 - 1996 (Årsrapporter).

NMD var da også aktive i forhold til å understreke viktigheten av å opprettholde fullsortimentskravet og 24-(48-)timersregelen, to krav til grossistvirksomheten som øket etableringskostnaden betraktelig, fordi de stiller høye krav til lagerkapasitet, logistikk og tilstedeværelse i de ulike landsdeler.

Tabell 2: Egenkapitalprosent for NMD i perioden 1991-95.⁴⁵

1991	1992	1993	1994	1995
48,0	54,5	50,7	47,7	42,4

Samlet peker NMDs økonomiske disposisjoner mot en bedrift som er opptatt av finansiell sikkerhet og av å skaffe seg økonomisk spillerom til å finansiere tilliggende aktiviteter. Gjennom å vise til disse aktivitetene, behovet for nye investeringer og til prognoser om omslag i legemiddelmarkedet, kunne NMD over lang tid holde høye avanser på sine tjenester. Med effektivitetslinjen fokuseres det på lavere avanser. Allikevel er overskuddene store og stigende utover 1980-årene, og avsetningene til disposisjonsfondet holdt seg fortsatt på et høyt nivå blant annet fordi effektivitetslinjen også innebar satsing på nyere teknologi og mer effektive arbeidsmetoder. Avsetningene nådde en topp i 1990, da NMD posisjonerte seg for den kommende konkurransen. Denne posisjoneringen innebar også en kraftig avansesenkning fra 1993 til 1994 - året før konkurranse ble en realitet. Dette understreker at den positive responsen på den europeiske utfordringen var en videreføring av effektivitetslinjen: Blant de viktigste leddene i forberedelsene til konkurranse var å videreføre - i sterkere grad - arbeidet med de virkemidlene bedriften tidligere hadde brukt. Å forklare responsen med standardprosedyrer alene ville imidlertid ikke gi et riktig bilde, siden bedriften også ble slanket gjennom bemanningsreduksjoner og ekspanderte til nye markeder med oppkjøpet av AF, strategier som tidligere ikke var blitt benyttet. Også på andre områder betød den nye situasjonen en supplering av effektivitetslinjen, slik neste avsnitt viser.

⁴⁵ NMD 1992 - 1996 (Årsrapporter).

5.6 Holdninger til monopolen - aktivisering for og mot

Holdningene til monopolordningen var todelt, og gjenspeiler todelingen av legemiddelsektoren. På den ene siden fantes de grupper som så på monopolen som en integrert del av norsk legemiddelpolitikk, og som så NMD og monopolen som nært knyttet til de mål depotet var pålagt eller hadde tatt på seg å forfølge. Blant disse var Helsedirektoratet og deler av det farmasøytiske fagmiljøet, spesielt Institutt for farmakoterapi, som i stor grad baserte sin virksomhet på støtten fra NMD. Felles hadde de den faglige innfallsvinkelen til området og skepsis til økonomiske motiver som en drivende faktor på helsesektoren.

Disse aktørene kan sees på som først og fremst “helseorienterte”, med en sterk tilknytning til et omfattende system for markedskontroll. Logikken som råder i denne gruppen dreier seg om rettferdighet basert på et helseperspektiv, der enkeltaktørers rettigheter kan tilsidesettes dersom samfunnsmessige hensyn tilsier det. Tradisjonelt har dette vært det rådende paradigme på norsk helsesektor (Jensen 1996).

Helsedirektoratet understreket i forbindelse med spørsmålet om NMDs skjebne etter EØS hvordan norsk legemiddelpolitikk positivt har skilt seg fra EFs gjennom behovsparagrafen og NMDs monopolordning. Direktoratet begrunnet sin motstand mot å avvike monopolordningen dels med en generell bekymring for å avvike fra en “internasjonalt anerkjent [...], fornuftig legemiddelpolitikk”, og dels med en spesifikk advarsel om at NMDs samfunnsnyttige funksjoner ville bli vanskeligere å opprettholde, spesielt statistikkoppgavene (Tidsskrift for den norske lægeforening 1990a).

Per Knut M. Lunde ved Institutt for farmakoterapi argumenterte for monopolen langs de samme linjer, men la til at hans eget institutt trues av endringene fordi NMD antakelig ikke ville kunne opprettholde forskningsstøtten som ble instituttet til del i en konkurransesituasjon (Tidsskrift for den norske lægeforening 1990b).

Også Statens Legemiddelkontroll, ved direktør Ola Westbye, var skeptisk til EØS-tilpasningen. For ham, og for andre som direktøren i Helsedirektoratet, Torbjørn Mork, var imidlertid opphevelsen av behovsparagrafen en mer dramatisk endring (Westbye 1990, Klassekampen 30.01.1990). Denne bestemmelsen ble ansett som et sentralt virkemiddel i norsk legemiddelpolitikk som hadde gjort det mulig å holde antall nesten eller helt synonyme legemidler på det norske markedet på et lavt nivå. Avviklingen av

NMDs monopol var en endring som nærmest kom i tillegg til den mer sentrale liberaliseringen som avviklingen av behovsparagrafen utgjorde.

Sitt mest radikale uttrykk fikk skepsisen til en EØS-tilknytning gjennom en arbeidsrapport utarbeidet for Norges Apotekerforening (Botvar 1991), der det antydes at opphevelsen av monopolet vil kunne føre til problemer med forfalskede legemidler og til dårligere tilbud til pasienter i distriktene: “For gamle og syke mennesker vil det å reise til Oslo for å skaffe seg rimelige legemidler ikke være noe godt alternativ. En norsk tilpasning til EF-regelverket [på grossistområdet] vil altså kunne forsterke forskjellen som allerede finnes mellom nord og sør innenfor legemiddelsektoren” (ibid: 67). I tillegg antydes problemer med å opprettholde lik-pris-prinsippet: “Nye grossistregler og regler for anbud på offentlige innkjøp vil etter alt å dømme gjøre det umulig å opprettholde det norske prinsippet om like legemiddelpriser over hele landet” (ibid: 60). Det bør imidlertid utvises en del forsiktighet i tolkningen av dette, siden den endelige rapporten senere av enkelte ble oppfattet som et innlegg i EF-debatten, og i større grad var et uttrykk for en holdning til EF enn til spesifikke virkemidler i norsk legemiddelpolitikk.

På den annen side finner vi ikke mange grupper som gikk offensivt ut for å avvikle monopolet - da sett bort fra høyresiden i norsk partipolitikk. Bare produsentinteressene, på den tiden representert ved No-Re-Farm og NOMI⁴⁶, ser ut til å ha gått inn for dette, i hvert fall aktivt. Industriens argumenter gikk langs to linjer. For det første ble monopolet sett på som et ledd i et overregulert system på legemiddelsektoren som virket negativt inn på markeds- og konkurranseforholdene. For det andre var misnøyen stor med at NMD ivaretok oppgaver som etter industriens mening ikke lå inn under en grossists oppgaver, og som derfor virket fordyrende på produktene (Høringsuttalelser fra No-Re-Farm og NOMI gitt til Helse- og Sosialdepartementet 1992).

Industrien kan sees på som den viktigste representanten for de markedsorienterte aktørene på legemiddelsektoren. Disse ser på legemidler først og fremst som produkter

⁴⁶ “Forening for Norske Representanter for Utenlandske Farmasøytiske Fabrikker” og “Norges Medisinindustriforening”.

som skal omsettes i et marked. Logikken er basert på ikke-diskriminerende markeder og rimelig konkurranse. Likebehandling står sentralt, både innenfor nasjonale grenser og internasjonalt (Jensen 1996).

Direktør Sissel Brinchmann i NOMI er eksponent for denne holdningen i et innlegg i Økonomisk Rapport i 1991. Her fremholdes harmoniseringen mellom EFs og Norges regler for omsetning av legemidler som gledelig. For industrien er det viktig at markedskreftene får operere så fritt som mulig, og at de virkemidler myndighetene tar i bruk er konkurransenøytrale, det vil si at rammevilkårene er de samme for de ulike aktørene (Brinchmann 1991).

Sosialdepartementet synes å stå i en slags dobbeltrolle i forhold til Medisinaldepotet. Som tidligere nevnt kom departementet i sine utredninger til at en opphevelse av monopolets stilling ikke ville få utslagsgivende konsekvenser for norsk legemiddelpolitikk. Ved tidligere anledninger har imidlertid departementet vist seg som en sterk tilhenger av monopolordningen. Tradisjonelt har SHD primært vært en helseorientert aktør, men de store kostnadsøkningene og kapasitetsproblemene som etterhvert har oppstått på helsesektoren synes å ha bidratt til å gjøre departementet mer orientert mot bruk av markedsbaserte og effektivitetsorienterte virkemidler. Flere informanter understreket hvordan SHD⁴⁷ balanserte disse to typer av interesser. Uavhengig av hvilken side aktørene selv står på, har de en tendens til å karakterisere SHD som en aktør som tilhører den andre siden. I forhold til NMD hadde SHD som eier og som forvalter av det politisk-administrative området både faglige og ulike typer økonomiske interesser. De faglige interessene er åpenbare og formulert i politiske ordelag i de ulike målene for legemiddelsektoren som behovet for sikre legemidler, sikker levering osv. For departementet ble det en vurderingssak om disse var avhengige av en monopolordning for oppfyllelse, og etter en gjennomgang ble altså svaret på dette nei. De økonomiske interessene var for det første knyttet til mulige kostnadsbesparelser som følge av den effektivisering av grossistvirksomheten en kommende konkurranse kunne gi, og for det andre de inntekter departementet kunne få

⁴⁷ Nærmere bestemt Helseavdelingen, som har ansvar for legemiddelspørsmål.

gjennom en mulig avkastning av NMDs virksomhet. Som aksjeselskap må NMD gi gevinst til sin eeneier representert ved statsråden.⁴⁸

Follesø (1975) vurderer hvordan de farmasøytiske fagmiljøene engasjerte seg mot opprettelsen av monopolet, spesielt gjennom de to farmasøytiske tidsskriftene Norges Apotekerforenings Tidsskrift (NAT) og Norsk Farmaceutisk Tidsskrift (NFT). En gjennomgang av samtlige numre av de samme tidsskriftene for årgangene 1988 til 1995 viser at engasjementet på langt nær hadde samme styrke i forhold til den mulige utviklingen av monopolet, i tillegg til at det kan sies å mangle retning: Ingen skribenter i denne perioden tok eksplisitt stilling til om monopolet burde bestå eller ikke. Ved flere anledninger ble EØS-avtalens betydning for legemiddelsektoren generelt, og dens betydning for NMDs monopolstilling spesielt, tatt opp, men for NMDs del i form av *informasjon* eller “folkeopplysning”.⁴⁹ Den generelle tonen i artiklene er at skribentene tar (den potensielle) endringen til etterretning, samtidig som det uttrykkes håp om at dette ikke vil få negative konsekvenser for legemiddelsektoren.

5.6.1. Høringsrunden

Høringsrunden til utkast til Odelstingsproposisjon nr. 70 (1991-92), der de relevante organisasjoner får muligheten til å kommentere de endringer i legemiddeloven som skulle til for å oppheve NMDs monopol, utgjorde den formelle muligheten for berørte parter for deltakelse. Utkastet til lovendringer i legemiddeloven og apotekloven var omfattende - det inneholdt alle endringer som var nødvendige som følge av EØS-avtalen, siden disse skulle behandles samtidig. Høringsfristen var kort, bare 11 dager. Flere høringsinstanser hadde på tross av dette laget fyldige kommentarer til flere av lovendringene.

De eneste høringsinstansene som imidlertid tok stilling til opphevelsen av monopolet, var produsentinteressene, representert ved NOMI og No-Re-Farm, som ga

⁴⁸ For driftsåret 1994 utgjorde utbyttet til staten 40 millioner kr., for 1995 25 mill. (NMD 1996a).

⁴⁹ Se f. eks. NAT nr. 14 1992.

uttrykk for en ikke liten glede over at NMD ville miste enerettene.⁵⁰ Ingen parter tok til orde for å beholde monopolet. Både Helsedirektoratet og Institutt for Farmakoterapi, som tidligere hadde vært negative til opphevelsen, avga uttalelser, men vurderte ikke lovendringen som skulle til for å innføre konkurranse. Samtlige instanser tok denne endringen for gitt, og motstand mot lovendringen ville således antakelig ikke tjene annen hensikt enn å signalisere eventuell misnøye med avviklingen. Enkelte diskuterte mindre endringer tilknyttet den nye konkurranseorganiseringen, men ikke innføringen av konkurranse i seg selv. NMDs egen uttalelse til høringsrunden er et godt eksempel på hvordan endringen ble oppfattet: “EØS-avtalen, som bygger på EFs regelverk, medfører endringer i legemiddeloven og tilhørende forskrifter. Blant annet vil NMDs enerett til import- og engrosomsetning av legemidler være i strid med EFs regelverk. Dette medfører at NMDs monopolstilling på grossistfunksjonen vil måtte endres”. En konstatering av at endringen vil skje, uten kommentarer eller vurderinger. Høringsrunden illustrerer først og fremst at aktørene oppfattet endringen reelt som allerede skjedd.

Generelt for hele prosessen kan det slås fast at holdningene til monopolet speiler aktørenes ulike tilknytning til sektoren. De aktørene som er sterkest knyttet til det statlige virkemiddelapparatet gjennom selv å være offentlige, regulerende instanser var med unntak av SHD skeptiske til endringen fordi de så avviklingen av monopolet som en svekkelse av det samme apparatet. Aktører med interesser i legemiddelsektoren som marked var mer positive. Holdningene kan imidlertid ikke knyttes til farmasøytiske profesjonsinteresser, siden farmasøyter deltar på alle sider av sektoren. Derimot kan det sies at det går to linjer gjennom sektoren og gjennom profesjonen som ikke er knyttet til profesjonen selv, men til de roller farmasøytene inntar i arbeidslivet. De felles faglige interessene kom til uttrykk i NAT og NAFT som forhåpninger om at myndighetene ville opprettholde høye faglige krav til grossistvirksomheten, uten at det ble tatt stilling til en avvikling av monopolet i seg selv. For tilhengerne av avvikling

⁵⁰ Uttalelser fra enkelte høringsinstanser jeg ikke anså som relevante i forhold til NMD er ikke behandlet.

var det få grunner til å aktivere seg sterkt, siden utviklingen for dem så ut til å gå i riktig retning.

5.7 Rytter av to hester?

Som grossist på legemiddelsektoren skulle NMD oppfylle sektorpolitiske mål samtidig som det skulle drive sin virksomhet forretningsmessig. NMDs virksomhet og institusjonelle identitet ble dermed nært knyttet til erfaringen i å turnere disse to typer av krav samtidig. Kontakten med ulike miljøer og de tildels motstridende krav som lå til grunn for virksomheten gjorde det nødvendig for NMD å forholde seg til både den helseorienterte og den markedsorienterte logikken på samme tid. I denne mellomposisjonen skaffet NMD seg legitimitet på den ene siden gjennom kooptering av eksterne fagmiljøer og gjennom eget arbeid med faglige standarder, og på den annen side å signalisere vilje og evne til å ta i bruk moderne og rasjonelle produksjonsmetoder. En viktig forutsetning for å kunne forholde seg offensivt til omgivelsenes ulike krav på denne måten var bedriftens forholdsvis frie stilling i forhold til myndighetene, som ga god kontroll over egne avanser og disposisjon av overskuddene.

Samtidig ser vi en endring i vektleggingen av de to sidene av bedriften. Fra oppstarten var det viktig å oppnå tillit i de faglige miljøene, og det ble lagt vekt på å oppnå god kontakt med disse. Fra begynnelsen av 1980-tallet vektlegges effektiviteten i bedriften sterkere utad - noe som har sammenheng med at Stortinget stilte spørsmålstegn ved bedriftens disposisjoner og med en generell moderniseringsprosess i samfunnet. At monopolsituasjonen også helt siden oppstarten ble stilt spørsmålstegn ved, gjorde det klart for ledelsen at enerettene ikke nødvendigvis var evigvarende, en tanke som kan ha blitt understreket av at både ledelse og stab kom fra de private grossistene i utgangspunktet. Paradoksalt nok betød fokuset på NMD som en tilnærmet normal forretningsbedrift at det grunnlaget forsvaret for depotet bygde på forvitret. Dette forsvaret var begrunnet i monopolets legemiddelfaglige oppgaver og motstanden mot å blande helse og økonomi, men disse argumentene må kunne sies å ha mistet mye av sin basis ettersom NMD tonet ned det legemiddelfaglige og la økt vekt på det økonomiske, samtidig som driften stadig gikk med store overskudd. Situasjonen peker

også mot det for staten vanskelige og potensielt motsetningsfylte ved å drive sektorpolitikk og forretning på samme tid og gjennom samme organ.

Denne dobbeltheten ved institusjonens identitet synes å være viktig for å forstå NMDs respons på mulighetene for endring. NMD satte seg som målsetting å drive effektivt som en bedrift i konkurranse. Allerede ved starten av EFTA-EF-prosessen vurderte NMD monopolets stilling som svært utsatt innenfor et europeisk samarbeid, særlig siden NMD var det eneste grossistmonopol i Vest-Europa. På samme måte som bedriften tidligere hadde møtt eksterne krav offensivt, ble også de nye europeiske kravene møtt offensivt. EFTA-EF-prosessen aktiviserte den markedsorienterte siden av institusjonen. Samtidig ble det understreket at styring av rammebetingelsene var en politisk oppgave og beslutning, uten at det betød at ledelsen unnlot å signalisere hva den mente.

NMDs opptreden underveis i prosessen var imidlertid også som pådriver. Den offensive holdningen gikk óg ut på å be politikerne om rammebetingelser i eventuell konkurransesituasjon som NMD kunne leve med, som ny tilknytningsform og mulighet for privatisering. Slik synes NMD å ha sett på opphevelsen av monopolet også som en *mulighet* for bedriften; på den ene side til å i større grad konsentrere seg om kjernevirksomheten ved for eksempel å kvitte seg med ansvaret for å finansiere Institutt for Farmakoterapi, og på den annen side å ekspandere som grossist ved blant annet å gå sammen med AF.

6. Forvitring og sjokk

6.1 Innledning

NMD ble opprettet under politisk strid etter krigen, som et ledd i oppbyggingen av den norske velferdsstaten. Forankret i argumenter om å skille helse fra privatøkonomiske interesser, ble monopolet over tid et symbol i kampen mellom Arbeiderpartiet og Høyre om omfanget av statlig inngripen i markedet. NMDs eneretter ble avvirket i 1992 fordi Norge gikk inn i EØS-samarbeidet. Forut for EFTA-EF-prosessen fantes ønsket om å avvike monopolet hos produsentinteressene og hos Høyre og Fremskrittspartiet på Stortinget, noe som sist ble bekreftet i 1988. Ikke noe tyder på at dette var et ønske andre steder, og forslaget fra Høyre ble også kategorisk avvist av et flertall på Stortinget med Arbeiderpartiet i spissen på samme måte som tidligere. På tross av dette skjedde avviklingen med mindre motstand og dramatikk enn en kunne forvente ut fra et institusjonelt perspektiv.

6.2 Juss, politikk helse og marked

En mulig tolkning av prosessen er å se på endringen som resultat av et uimotståelig ytre press og som juridisk uunngåelig ut fra avtaleteksten, gitt at et EØS-medlemsskap var ønsket av regjeringen og flertallet på Stortinget. I 1990 og -91 ble monopolets stilling i forhold til EF-regelverket for tekniske handelshindre vurdert som ledd i forarbeidet til forhandlingene. Konklusjonen ble at NMDs monopol ville omfattes av artikkel 37. Det kunne dermed antas at endringen ble drevet frem av avtalens krav om tilpasning av statlige handelmonopoler. En slik modell ble av tilhengerne av avtalen ved flere anledninger holdt opp som begrunnelsen for å avvike monopolet: Avtalen kunne oppfattes som inneholdende et forbud mot grossistmonopoler på legemiddel-sektoren, og EØS-avtalen var viktigere for disse partiene enn å beholde monopolet. Beslutningen står på denne måten frem som et politisk valg av EØS-avtalen fremfor monopolet i en situasjon der en ikke kunne få begge deler.

Om dette var begrunnelsen slik den ble gitt uttrykk for fra Stortingets talerstol, og selv om forbudene mot handelshindre utgjorde et betydelig press på beslutningssystemet, er en slik analyse likevel ikke fullstendig dekkende for de

vurderingene som ble gjort. Artikkel 37 ble i strukturene som forberedte forhandlingene på norsk side *ikke* sett på som et juridisk *imperativ*. Vurderingen av hvordan andre statlige handelsmonopoler stod i forhold til artikkel 37 viser at bestemmelsen var åpen for tolkning. Flere ulike responser var mulige. NMDs monopol oppfylte ikke de kriterier som ble sett på som nødvendige for å be om unntak etter artikkel 36 - først og fremst at monopolet skulle fylle så viktige samfunnsbehov at hovedregelen kunne fravikes. Dette kan imidlertid ikke utelukkende ha vært en “objektiv” juridisk vurdering. Hvor viktige de samfunnsbehov monopolet ivaretok var, må i første rekke ha vært en politisk vurdering. En slik vurdering kunne skje på EF-nivå, men dette skjedde ikke (i hvert fall ikke formelt), siden spørsmålet ikke ble brakt opp til forhandling. En slik vurdering kunne også skje på nasjonalt nivå, som en antesipering av hvilke norske standpunkter EF ville kunne godta. En slik vurdering ble gjort i de to aktuelle regjeringene, og konkluderte i begge tilfeller med at NMD juridisk sett stod vanskelig i EØS-sammenheng. Jeg har imidlertid argumentert for at dette ikke kan oppfattes deterministisk; responsen må også være et resultat av en annen norsk politisk vurdering. NMDs monopol symboliserte sentrale sider ved norsk legemiddel- og helsepolitikk, slik den hadde vært ført siden krigen. Til og med 1988 ble disse samfunnsbehovene av flertallet på Stortinget vurdert som så viktige at ordningen måtte opprettholdes, til tross for at Høyres angrep på monopolet var basert på den nærmest parallelle proporsjonale markedslogikken som de relevante EØS-bestemmelsene er basert på. Det er klart at EØS-avtalens krav utgjorde et langt større press på det norske beslutningssystemet enn det Høyre kunne skape, gitt at ønsket om å oppnå en avtale var sterkt. Gitt at NMDs stilling måtte være avhengig av en juridisk vurdering av artiklene, og av en politisk vurdering av monopolets samfunnsmessige viktighet, er ikke en forklaring av forløpet basert på en idé om nødvendighet eller eksternt press alene tilstrekkelig. Dette er tilfelle selv om det her antas at EØS-avtalen var en forutsetning for at endringen skjedde på dette tidspunktet. Persepsjonen av monopolet og/eller kriteriene for bedømmelse av det må ha endret seg.

Derfor har jeg stilt spørsmålet: *hvordan* forløp prosessen som ledet frem til utviklingen av monopolet, og *hva var betingelsene for at endringen skjedde på denne måten?* Siden responsen ikke alene kan forklares med at monopolet nødvendigvis

måtte falle fordi det var uforenlig med EØS-avtalen, har jeg sett etter nasjonale politiske forhold og etter forhold ved institusjonen selv som kan forklare det. For igjen å trekke en parallell til Vinmonopolet: Ved å gå inn for å beholde Vinmonopolets import- og engrosmonopol, og samtidig avvike det samme for NMD, ble det gitt uttrykk for at Vinmonopolet ivaretok oppgaver samfunnet så på som viktige (nok), mens NMD ikke gjorde det. Men viktigheten av NMDs monopol i norsk legemiddelpolitikk var i løpet av over 40 år blitt bekreftet gjentatte ganger. Det er i denne oppgaven forsøkt forklart hvordan denne oppfatningen av NMD hos sentrale aktører kunne endre seg. Det er sett på EØS-rettens innhold og betydning for legemiddel-sektoren, på de ulike aktørenes respons på muligheten for at monopolet ville bli opphevet gjennom en tilknytning til EF gjennom EØS-avtalen, og på de institusjonelle faktorene på nasjonalt politisk nivå og på institusjonsnivå som kan ha hatt betydning for denne responsen. Jeg har vist hvordan det gjennom historien går ulike linjer i synet på monopolet, og hvordan det på legemiddelsektoren finnes en spenning mellom helseorienterte og markedsorienterte aktører, begge deler noe som har hatt betydning for NMDs institusjonelle utvikling.

Marked-helse-dimensjonen går igjen på både europeisk nivå, på nasjonalt politisk nivå og på institusjonsnivået. Det skjer for flere av aktørene bevegelser langs dette som er sentrale for hvordan responsen kan forklares. Det beste eksempelet på dette er NMD selv, som over tid beveger seg fra en helsefaglig orientert posisjon mot en økonomisk orientert posisjon. På nasjonalt nivå finnes dimensjonen igjen. Bevegelser langs dimensjonen på dette nivået har skjedd på to ulike måter. For det første har markedsorienterte synspunkter fått en større aksept gjennom en generell moderniseringsprosess i samfunnet. For det andre er økonomiske spørsmål blitt langt viktigere på helsesektoren etterhvert som mulighetene på sektoren i større grad er begrenset av økonomiske forhold enn av tekniske forhold, og utgiftene har steget voldsomt. Samtidig har ikke den politiske retorikken rundt monopolspørsmålet gått gjennom den samme utviklingen. Denne retorikken speilet i 1988 den politiske virkeligheten som ble dannet etter krigen. På det europeiske nivå finnes også denne dimensjonen: Legemiddelpolitikken i EU er lokalisert i EF-pillaren, og er dermed sterkt knyttet til markedssamarbeidet. Samtidig finnes det helsemotiverte formål med

legemiddelsamarbeidet som ligger svært nære de norske formålene med legemiddelpolitikken (Sandell 1996). Jeg har imidlertid argumentert for at endringen på grossistsiden gjennom EØS-avtalen først og fremst er knyttet til utviklingen av et felles marked, og i mindre grad til de helsepolitisk motiverte bestemmelsene og ordningene i EU. Samtidig som det har skjedd bevegelser på institusjonsnivå og nasjonalt nivå mot markedssiden, presenterer altså EØS-avtalen seg som bestemmelser forankret i denne samme siden av dimensjonen.

Den endringen som skjer i løpet av EFTA-EF-prosessen, er i begynnelsen av oppgaven karakterisert som spesiell, fordi det er en endring av formell struktur på en sektor preget av stabilitet, av en institusjon som har hatt en sterk posisjon i norsk legemiddelpolitikk, og som likevel skjer forholdsvis udramatisk. Institusjonen selv står frem som noe av en pådriver i prosessen, og endringen møter generelt liten motstand.

Trekk ved historien viser på tross av dette at responsen kan sees som en *videreføring* av på den ene side én viktig linje ved norsk legemiddelpolitikk og på den annen side av bedriftens erfaringer, rutiner og handlingsmønstre. For det første kan endringen sees som et gjennomslag for proporsjonalitetslinjen, holdt levende av Høyre siden opprettelsen. For det andre kan NMDs respons sees som en videreføring av effektivitetslinjen. Likevel utgjør endringen et *brudd* på i hvert fall to sentrale punkter. For det første betyr endringen et fullstendig brudd med mønsteret som var dannet rundt den politiserende linjen og den tilhørende retorikken. For det andre bryter endringen med selve bedriftens rasjonale: NMD ble opprettet utelukkende for å bestyre monopolet. Manglende “match” finnes derfor først og fremst mellom reformens innhold og den politiserende linjen. Det er i langt mindre grad slik “mis-match” mellom NMDs identitet og reformen, og mellom den proporsjonale linjen og reformen er det nærmest et fullstendig sammenfall.

I tillegg kommer den faktiske, formelle endringen i seg selv: At staten innfører konkurranse på et område der slikt ikke har funnet sted på 40 år kan oppfattes som en omfattende endring. Mens det er bruddet som først og fremst gjør endringen interessant, ligger videreføringen delvis til grunn for at bruddet faktisk kunne skje slik det gjorde. I neste del tas det derfor opp hvordan denne videreføringen artet seg som en forvittringsprosess som påvirket grunnlaget for norsk legemiddelpolitikk på dette

området. Samtidig må det ikke glemmes at bruddet ble utløst av at grossistsiden av legemiddelsektoren ble eksponert for nye krav og gjort gjenstand for andre vurderinger enn tidligere, og dette er tema for del 4 av kapitlet.

6.3 Endring gjennom forvitring: En gradvis omstilling i og omkring monopolet

Juridiske forhold er ikke tilstrekkelige for å forklare avviklingen av monopolet. Endringen er grunnleggende politisk og har opphav i institusjonelle prosesser. EØS utløste en omfattende endring på legemiddelsektoren. Hvor grunnleggende endringen er, understrekes av at Stortinget i behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i 1997 vedtok å delvis privatisere bedriften gjennom salg. Siden virksomheten ikke lenger spilte noen helsepolitisk rolle, var det etter flertallets oppfatning ikke lenger noen begrunnelse for at staten skulle eie den.

En forklaring av responsen må ta hensyn til utviklingen i samfunnet generelt og på legemiddelsektoren spesielt. Det er vist at den politiske retorikken rundt NMDs monopol, identifisert som tre linjer i norsk legemiddelpolitikk, har vært stabil gjennom hele perioden fra opprettelsen. Imidlertid er det ikke nødvendigvis til enhver tid et fast forhold mellom den politiske debatten og den faktiske virkemåten på sektoren. Både NMD og samfunnet forøvrig kan ha endret seg uten at disse endringene ble gjenspeilet i debatten om monopolordningen. Ved å studere utviklingen på deler av legemiddelsektoren finner vi støtte for disse idéene.

Gjennom EFTA-EF-prosessen konfronteres det norske legemiddelpolitiske systemet med en internasjonal, markedsorientert logikk som krever avvikling av akkurat det tiltaket som har fungert som symbolet på en nasjonal, helseorientert logikk. At denne konfrontasjonen kunne ende i en reevaluering av dette symbolet, skyldes også at disse to logikker finnes igjen langs marked-helse-dimensjonen på den norske legemiddelsektoren. Den helseorienterte logikken representeres av Helsetilsynet og kontrollorganene som SLK, mens produsentene er de fremste eksponentene for den markedsorienterte logikken. Bindeleddet mellom disse to er den farmasøytiske profesjon som dominerer legemiddelsektoren, og som således overskrider dette skillet mellom marked og stat. Farmasøytisk kompetanse garanterer for faglig kvalitet, og så lenge

troen på denne kan opprettholdes, og ikke er knyttet til spesielle virkemidler for styring, åpnes det for at disse virkemidlene er utbyttbare. Samtidig kommer EØS-tilslutningen i en periode med økt fokus på markedsrettede virkemidler, noe som har to grunner: For det første en generell modernisering av samfunnet som i hvert fall deler av legemiddelsektoren har vært skjermet for, særlig på grunn av helsepolitiske spørsmåls viktige symbolverdi, og for det andre et økt fokus på ressursbruken på helsesektoren som følge av gapet mellom hva som er teknisk mulig og hva som er økonomisk ønskelig.

Det har altså utviklet seg et økende gap mellom retorikken som ligger i den politiserende linjen og utviklingen av et mer positivt syn på markedsorienterte virkemidler. Samtidig har endringen ligget latent i Høyres politiske linje i spørsmålet, i den markedsorienterte logikken som også kan finnes på legemiddelsektoren, og i det faktum at grossistvirksomheten tidligere var en del av den private sektor. Avviket ble også større gjennom NMDs utvikling over tid.

Det er vist at NMDs respons må sees som en videreføring av den effektivitetslinjen som ble ført fra begynnelsen av 1980-tallet. NMD har en historie for aktiv tilpasning til omgivelsenes krav. Bedriftens institusjonelle identitet må sees som resultat av dens posisjon i sentrum av marked-helse-dimensjonen. I tråd med skiftende omgivelser, og gjort mulig av bedriftens fristilte rolle og uklare politiske målsettinger, skiftet fokus med effektivitetslinjen mot den forretningsmessige siden av virksomheten og mot “moderne” standarder for bedriftsstyring. Denne linjen skapte forretningsmessig selvtillit, og holdt sammen med Høyres politiske strategi tanken om at monopolene kunne falle levende i bedriften.

I denne situasjonen ble de begrunnelser for monopolordningen som lå i den politiserende linjen mindre relevante. Argumentet om å holde privatøkonomiske interesser ute ble mindre aktuelt i det NMD i stadig større grad søkte å likne en vanlig bedrift i konkurranse, samtidig som bedriften også sørget for å opprettholde store overskudd som gikk inn i fondsavsetninger. I tillegg utviklet monopolisten også en del frie ressurser i organisasjonen. Organisering og finansiering av legemiddelpolitiske tiltak gjennom NMD ble også mer problematisk, siden kryssubsidiering innenfor bedriften vanskeligere lot seg kombinere med høyere effektivitetskrav og tiltak som resultatstyring i

bedriften. For de fleste av tiltakene fungerte NMD uansett mer eller mindre som en pengesekk, og ordningene var i liten grad avhengige av selve monopolordningen. Unntak må gjøres for føring av legemiddelstatistikken, som ble gjort lettere av et monopol, men dette var likevel ikke det viktigste argumentet.

Gjennom disse gradvise endringene, både utenfor legemiddelsektoren og av NMD, forvitret grunnlaget for den politiserende linjen. De gjentatte konfliktene i Stortinget ble rutiniserte symbolkamper som i stadig mindre grad reflekterte utviklingen i NMD og samfunnet forøvrig. Riktignok ble svake sider ved driften påpekt av Stortinget i årene fra 1979, men det ble ikke gjort forsøk på å lære om det mest grunnleggende ved bedriften; monopolsituasjonen. Dette på tross av at Stortinget fikk regelmessige og hyppige rapporter om NMDs virksomhet, i tillegg til den større gjennomgangen av bedriften som kom med Disen-rapporten som ble fremlagt i 1987. Det rutiniserte og prosedyreliknende ved forsvaret kan i seg selv ha gjort det vanskelig å evaluere ordningen underveis, fordi en evaluering kunne vist at grunnlaget som symbolene hvilte på var mer eller mindre forvitret. Dette ville være et problem for tilhengerne av ordningen, nettopp fordi den signaliserte en viktig forskjell mellom to fløyer i norsk politikk i forhold til bruk av markedsmekanismen i helsevesenet.

Som neste del viser, ble spørsmålet tatt ut av sin sedvanlige sammenheng og satt inn i en ny der dette rutiniserte forsvaret ikke kunne brukes. Dette skapte en situasjon for re-evaluering og læring. Denne re-evalueringen viste for regjeringen at symbolet i noen grad var tømt for mening: NMD var selv positive til en avvikling av monopolet, departementet mente alle funksjonene kunne videreføres utenfor ordningen - tekniske, økonomiske og politiske endringer hadde gjort import- og engrosmonopolet til “an idea whose time has passed”.⁵¹ For sentrale aktører fremstod monopolorganiseringen i dette lyset som en “umoderne” ordning (intervju). Læringen bestod også av oppdagelsen av dette; at grunnlaget for den politiserende linjen hadde forvitret som følge av en utvikling i NMD og i samfunnet forøvrig. I en slik situasjon ville motstand mot endringen være vanskelig å målbære. Det ble klart at endringen ville få mindre

⁵¹ Karakteristikken er hentet fra en artikkel i *The Economist* (22.10.1994), der brukt om det britiske monarkiet.

konsekvenser enn hva som rutinemessig ble antatt i den politiserende argumentasjonen, fordi avviket mellom endringen og det som skulle endres var blitt mindre over tid. Dermed var det stadig færre grunner til å gå mot endringen, så fremt en ikke var mot EØS-avtalen som sådan eller denne type “moderniseringer” generelt.

Forvittringsproessen skaper over tid et avvik mellom på den ene side politisk retorikk og formell struktur og på den annen side det samfunn og de institusjoner som retorikken er ment å beskrive og strukturen er ment å organisere. Slike avvik dannes åpenbart over lengre tid ettersom vi står overfor stabilitet på den ene siden og gradvis omstilling - i dette tilfellet over en 10-15-års periode - på den annen.

Det synes også klart at slike avvik kan eksistere og utvikle seg over enda lengre tid; som sagt ser jeg på EØS-avtalen som en nødvendig betingelse for at denne endringen skulle skje på dette tidspunktet. Om det økende avviket fungerer som en slags langvarig forberedelse til den type endring vi står overfor, behøves en eller annen form for hendelse for å utløse denne kodifiseringen av omstillingen som allerede har skjedd. Til nå har jeg indikert at en slik utløsende hendelse kan kalles et sjokk.

6.4 Endring gjennom sjokk: En re-evaluering av monopolordningen i en europeisk kontekst

De politiske mønstrene som lå til grunn for monopolordningen var stabile over lang tid, på tross av de endringer som bidro til forvitring, blant annet fordi de politiske motpolene bekreftet hverandre. I forhold til en idé om stivhengig utvikling er bruddet med disse mønstrene under EFTA-EF-prosessen å likne med et brudd med historien. Den nærere tilknytningen til det europeiske fellesskapet markerer en brytningsperiode for norsk legemiddelsektor. March og Olsen (1989) viser til at raske endringer i ellers stabile institusjoner kan skyldes eksterne sjokk. Den formelle strukturen - monopolordningen - blir sårbar for endringer som følge av eksterne hendelser, fordi avviket mellom den politiske retorikken og de underliggende realiteter øker, samtidig som avviket mellom institusjonell identitet, viktige internasjonale og nasjonale strømninger og reformen blir mindre. I forhold til NMD har dette relevans for de stabile mønstre og rutiner for hvordan monopolet skulle oppfattes og behandles som over lang tid hadde

festet seg i norsk politikk. Gjennom EØS-avtalen utsettes disse mønstrene for en påkjenning som gjør en endring nødvendig og mulig.

EFTA-EF-prosessen betød at NMDs monopol ble vurdert i en ny sammenheng. Siden 1953 hadde det utviklet seg rutiner for hvordan NMD skulle vurderes i en nasjonal politisk sammenheng. Innenfor en nasjonal kontekst ga denne motsetningen mening, fordi den symboliserte viktige skiller i norsk politikk. Det mest sentrale av disse skillene er forskjellen i synet på markedets eller politikkens forrang: Der Høyre mente markedsstyring skulle ha forrang fremfor offentlig styring dersom sentrale hensyn ikke tilsa annet, var Arbeiderpartiets syn at så store deler av helsesektoren som mulig burde være offentlig, dersom ikke sentrale hensyn tilsa annet.

Innenfor en europeisk sammenheng mistet spesielt Arbeiderpartiets standardiserte respons på utfordringer av monopolets berettigelse og legitimitet mening. En helt sentral forutsetning for å kunne gå inn i en EØS-avtale var å akseptere de grunnleggende premissene for markedssamarbeidet. Et av de viktigste premissene er at privatøkonomiske interesser skal beskyttes mot statlig inngripen så lenge ikke dette strider mot spesielt viktige nasjonale hensyn, og det ikke finnes andre måter å forfølge disse prinsippene på. Den nye situasjonen gjorde en re-evaluering av argumentene for monopolet nødvendig, og denne re-evalueringen viste at den tradisjonelle responsen på angrep på monopolet ikke kunne forenes med logikken bak en EØS-avtale, samtidig som den synliggjorde den forvitningsprosessen som hadde foregått over en periode. I det legemidler ble vurdert som en vare omfattet av EØS-avtalen, forsvant det viktigste grunnlaget for Arbeiderpartiets politiserende linje. Dersom man godtok at EØS-avtalens prinsipper skulle gjelde for legemiddelsektoren, ville det være vanskelig å samtidig argumentere med at privatøkonomiske motiver ikke kunne forenes med helseorienterte motiver. Retorikken som normalt hadde forsvart NMD, ville ikke være legitim i en europeisk sammenheng. Monopolordningen hadde befestet seg i Stortinget, og oppnådd stabilitet gjennom rutinisert forsvar og angrep. I EØS-sammenheng er “angrepet” på monopolet av samme type, men motargumentene gjelder ikke fordi Arbeiderpartiet selv har akseptert de grunnleggende prinsippene bak avtalen.

Samtidig skapte dette muligheter for læring. Konfrontert med de krav som lå i EØS-avtalen i en situasjon der nasjonal symbolikk ikke ga mening, ble det et sentralt poeng

at ingen andre nasjoner i samarbeidet brukte et grossistmonopol som virkemiddel, men allikevel opprettholdt en faglig standard på samme nivå. Ikke bare ville dette gjort det vanskeligere å argumentere for å beholde monopolen, men det gjorde det også mindre påkrevet, siden en på denne måten oppdaget at et monopol antakelig ikke var nødvendig for å sikre kontroll med og kvalitet på grossistvirksomheten, og at nasjonale myndigheter innenfor avtalen kunne drive kompenserende politikk. I understrekningen av de nasjonale muligheter til å kompensere for tap av enkelte virkemidler, ligger det en markant endring i politisk retorikk. Statlig styring synes på dette området ikke lenger å være tillagt en egenverdi, eller en verdi utover den rent instrumentelle som følger av graden av måloppnåelse. Slik sett kan det sies at det har skjedd en de-politisering av grossistsiden. Det er dog viktig å understreke at denne nye politiske retorikken ikke nødvendigvis gjelder andre områder av helsesektoren, for eksempel i forhold til private alternativer til statlige sykehus. For grossistleddet bærer imidlertid Arbeiderpartiets retorikk preg av at hva man oppnår er langt viktigere enn hvordan man gjør det.

Monopolspørsmålet ble vurdert innenfor rammene av EØS-avtalen, men ikke bare av Arbeiderpartiet. Flere andre forhold som er diskutert trekker i samme retning, og disse kan oppsummeres i at *monopolspørsmålet ble løftet ut av legemiddelpolitikken*. Gjennom EFTA-EF-prosessen blir NMD løftet inn i utenriks- og handelspolitikken, vurdert av andre aktører med andre roller og interesser, slik at legemiddelmyndighetene mistet en del innflytelse over spørsmålet. Samtidig ble det tatt en avgjørelse i spørsmålet av Syse-regjeringen før forhandlingene startet. Med tanke på Høyres holdning til monopolen, overrasker det ikke at en regjering med hovedvekt i dette partiet, som også hadde handelsministeren, gikk inn for en avvikling av monopolen. Etter Høyres oppfatning var ikke statlig eierskap og monopol på grossistsiden først og fremst et spørsmål om legemiddelpolitikk, men om forholdet mellom stat og marked. Om ikke Brundtland-regjeringen følte seg bundet av den første beslutningen om avvikling, ville det vært vanskelig å omgjøre den, blant annet på grunn av behovet for å forhandle som en blokk av EFTA-land. EFTA-EF-prosessen peker mot en form for standardisering - at reportoiret for nasjonale styringsmekanismer begrenses til de som har allmenn aksept innenfor de internasjonale strukturer Norge gjennom EØS-avtalen sluttet seg til. Å argumentere for

en ordning ingen andre nasjoner benytter seg av er vanskelig, om ikke umulig. Å argumentere med at styring gjennom statlig eierskap og monopol er fundamentalt bedre enn gjennom lov- og forskriftsstyring er problematisk overfor land som styrer gjennom de siste mekanismene.

Møtet mellom de europeiske krav til fri flyt og nasjonale rutiner resulterte altså i en omvurdering av egen erfaring. “Sjokk” som begrep i denne sammenhengen er likevel problematisk, fordi det gir assosiasjoner til akkurat den type krisepregede endringer som ikke foreligger i dette tilfellet. I tillegg synes sjokk å være et for sterkt uttrykk for forklaringen som her er beskrevet, ikke minst fordi endringen kan tolkes innenfor et norsk politisk rom. Grossistvirksomheten lå i utgangspunktet - før krigen - innenfor privat sektor. Gjennom sine stadige forslag om avvikling holdt Høyre også minnet om dette levende. Parallellen til det europeiske proporsjonalitetsprinsippet, som var et sentralt element i den juridiske vurderingen av monopolets stilling, viser at endringen ikke nødvendigvis bringer inn noe grunnleggende nytt i norsk politikk (etter krigen), heller ikke i legemiddelpolitikken. Endringen ga mening i norsk politikk; Stortinget hadde rutine i å ta stilling til denne problemstillingen, om enn på andre premisser. Snarere enn å utløse et sjokk, utløser EØS-avtalen *oppdagelsen* av de endringer som allerede har foregått i en periode.

Den siste forklaringen som er foreslått her ser først og fremst på forløpet av prosessen som den foregår på nasjonalt politisk nivå, eller responsen i det politisk-administrative beslutningsapparat. Mens den kan forklare hvorfor Arbeiderpartiet snudde i synet på monopolet, og hvorfor dette skjedde enklere enn kunne antas, gir den ikke en forklaring på hvorfor endringen generelt, også utenfor Arbeiderpartiet, skjedde med en så liten grad av motstand og dramatikk. Dette peker altså bakover mot de endringer som har skjedd forut for EFTA-EF-prosessen. Det er mulig å se hva som skjedde i beslutningsapparatet i sammenheng med hva som hadde skjedd i NMD og omgivelsene ved også å se på responsen som resultat av en forvittringsprosess.

Forklaringene har derfor sammenheng med hverandre. Grunnlaget for den politiske retorikken som støttet opp under monopolet forvitret over tid. Dette skjedde både ved at NMD ble mer forretning og mindre forvaltning, og ved at markedsorienterte virkemidler generelt fikk større utbredelse også i offentlig forvaltning. I en *nasjonal-politisk*

sammenheng var imidlertid ikke dette avviket mellom retorikk og symbolikk på den ene siden og den faktiske utviklingen på den andre siden et problem. Satt inn i en annen sammenheng; av en internasjonal avtale som har som det første formål å bygge opp et felles marked mellom land, mistet denne tradisjonelle konflikten mening, og dermed forsvant også relevansen til det symbolet som i vår sammenheng representerte konflikten. Slik ser det også ut til at forvitringen har vært en forutsetning for den re-evalueringen som skjedde under EFTA-EF-prosessen ved at forvitringen la grunnlaget for responsen, mens EFTA-EF-prosessen virket utløsende og retningsgivende for den. EFTA-EF-prosessen ble etablert som en utløsningsmekanisme for et skifte i synet på grossistvirksomhetens rolle, som igjen, som tidligere vist, bidro til å utløse en større gjennomgang av omsetningskjeden.

Det er karakteristisk for caset at faktorene som hadde betydning for hvordan avviklingen skjedde trekker i samme retning. Presset på det nasjonale beslutningssystemet som virket gjennom den juridiske siden av avtalen, at den politiske retorikken mistet sin gyldighet innenfor markedssamarbeidet, og bevegelsen mot markedssiden i markeds-helsedimensjonen for NMD og forøvrig, medvirker til at en tilsynelatende kraftig endring av et viktig ledd i tradisjonell norsk legemiddelpolitikk skjer uddramatisk og med liten motstand.

6.5 Implikasjoner for institusjonell teori

Det er ikke mulig på bakgrunn av ett case å argumentere for større revisjoner av bredt akseptert teori, like lite som en på samme bakgrunn kan hevde å ha funnet generelle sammenhenger som gjelder i alle tilfeller der et mer eller mindre nøye spesifisert sett av betingelser er oppfylt. Det er heller ikke noe i det foreliggende caset som går på tvers av de grunnleggende antakelsene i institusjonell teori som ble presentert i første kapittel. Allikevel kan funn fra et case gi signaler om hvordan teorien kan utfylles i de tilfeller teorien ikke synes fullt ut tilstrekkelig for å forklare det fenomenet forskeren tar for seg. En case-studie kan også, sammen med andre liknende studier, gjennom komparative studier av land eller institusjoner danne grunnlag for mer generell kunnskap om nasjonale endringsprosesser i internasjonale omgivelser.

Det handlingsforløpet vi står overfor i dette caset skaper et forklaringsproblem for institusjonell teori. I følge denne tilnærmingen vil endring som bryter med institusjonell identitet og historie, og som ligger utenfor det register for adferd, forståelse og endring som definerer begrensninger og muligheter, være problematisk, dramatisk og sjelden. Tilsynelatende står vi ovenfor en endring som ligger utenfor et slikt institusjonelt register for sentrale aktører. Samtidig ledsages ikke endringen av noen dramatikk eller kriseoppfatning. Det har heller ikke gått noen form for prestasjonskrise forut for endringen, og allikevel skjer en omfattende endring av formell organisasjon uten betydelig motstand hos organisasjonens viktigste forsvarere.

Det kritiske i forhold til institusjonell teori er spørsmålet om hvordan denne endringen kunne foregå som den gjorde, selv om reformen går på tvers av den politiske linjen som lå til grunn for opprettelsen og videreføringen av ordningen. Det er viktig at det her skilles mellom to historier, slik det er gjort gjennom oppgaven. Import- og engrosmonopolet, som formell struktur, eller en rammebetingelse gitt av Stortinget for NMD, har *en* historie knyttet til monopolets rolle i norsk (legemiddel)politikk, og *en* historie knyttet bedriftens utvikling. Den tilsynelatende manglende “match” mellom institusjon og reform skyldes derfor både at kravet om tilpasning til EØS-reglene gikk på tvers av selve rasjonale ved bedriften (monopolsituasjonen), og at det utfordret sentrale verdier, symboler og rutiner i norsk legemiddelpolitikk på Stortinget slik disse var nedfelt i den dominerende politiserende linjen og delvis i den pragmatiske linjen. At dramatikken uteblir, at aktørene opplever og beskriver endringen som uproblematisk, skyldes for det første at NMD over tid endret identitet i takt med endringer i omgivelsene. Bedriftens identitet ble i stadig mindre grad knyttet til det som her er beskrevet som bedriftens rasjonale. For det andre: Arbeiderpartiets politikk i forhold til monopolet hadde ikke gått gjennom en slik endringsprosess, men partiets politikk på andre områder hadde det, og sammen med andre forhold påvirket dette grunnlaget for partiets ideologiske linje. Disse to prosessene bidro til å øke samsvaret mellom endringen på den ene side og NMD og Arbeiderpartiet på den annen side. Samtidig er dette årsaken til at EØS-avtalen ikke kom som et sjokk for de sentrale aktørene. Snarere fungerte EFTA-EF-prosessen som

den utløsende faktor for oppdagelsen av den gradvise omstillingen som hadde skjedd over tid.

Analysen viser at det kan være fruktbart å se beslutninger som drevet frem av faktorer på flere nivå; av press fra omgivelsene, av politiske forhold og av institusjonell dynamikk. Spesielt har analysen vist at press fra omgivelsene også er gjenstand for en tolkningsprosess; manglende determinisme kan skyldes at ytre press gis en mening som er avhengig av politiske forhold og institusjonell historie og dynamikk. Videre kan nasjonal politikk ha sterke symbolske innslag, og være løst koblet til de forholdene på institusjonsnivået som politikken er ment å styre.

Jeg har argumentert for at NMDs respons var en videreføring av en strategisk linje som preget bedriftens virksomhet. Derfor har diskusjonen vært nærmere knyttet til responsen på politisk nivå, selv om den proporsjonale tankegangen som ligger bak EØS-bestemmelsene om statsmonopoler også var representert i norsk politikk gjennom Høyres linje. Analysen har vist at sentrale politiske symboler og rutiner kan miste sin gyldighet over kort tid. Men selv om grunnlaget for en spesiell politisk linje kan endres, forandres ikke nødvendigvis politikken samtidig. Det kan utvikle seg at avvik mellom en politisk linje og “de underliggende realiteter”. Dette kan oppdages og eventuelt endres ved at de samme symboler og rutiner blir evaluert på nye premisser, i en ny situasjon, uten at presentasjonen av disse premissene kan kalles et “omfattende sjokk” (Olsen 1992: 17).⁵² Analysen har vist at institusjoners presumptivt sterke stilling kan være bygget på symbolikk og tildels pragmatiske hensyn, og at avviket mellom rutiner og symbolbruk på den ene side og de underliggende realiteter på den annen side kan bli for stort til at det er mulig å hevde et effektivt og troverdig forsvar for de samme symbolene. Rutinisering av konflikt kan også i seg selv bidra til at institusjonaliserte ordninger blir sårbare for nye utfordringer, siden det standardiserte forsvaret gjerne er et lite relevant svar på en utfordring av en ny type. Det grunnlaget symbolet hvilte på var forvitret over tid, og derfor falt symbolet sammen, med liten motstand i en situasjon der symbolikken ikke lenger hadde gyldighet.

⁵² “Comprehensive shock” i orig.

Resonnementet avviker altså ikke i særlig grad fra de sentrale idéene i institusjonell teori, men bygger videre på antakelsene om at handling er regelstyrt, at mening skapes gjennom politiske og sosiale prosesser og at institusjonell tilpasning er avhengig av identitet og historie og at historien dermed kan være ineffektiv. Det finnes situasjoner der reglene endrer seg, det finnes politiske prosesser som kan gi etablerte normer ny mening, og institusjonell tilpasning som en bevegelse mot likevekt kan skje når historisk erfaring må vurderes i nye omgivelser. Konklusjonene om betingelser for endring i denne oppgaven må i stedet sees som forslag som kan bidra til å utvide reportoiret av forklaringer av institusjonell endring.

7. Litteratur og kilder

7.1 Litteratur

Aftenposten 24.01.1986: Toppsjefen i Medisinaldepotet: Det skal ikke føles at vi er et monopol.

Aftenposten 20.09.1989: Nytt lager for legemidler til 100 mill.

Aftenposten 30.08.1990: Privat medisinaldepot kan gi billigere medisin.

Aftenposten 08.11.1990: Klar til å møte EF-konkurranse.

Aftenposten 07.04.1991: Slutt på norsk pillemonopol.

Aftenposten 22.04.1991: Helsegrossist blir kjøpt opp.

Aftenposten 17.07.1996: En menneskerett å få hjelp.

Andersen, I. (1990): Valg af organisationssosiologiske metoder - et kombinationsperspektiv. København: Samfundslitteratur.

Botvar, P. K. (1991): EU 1992? Konsekvenser for legemiddelomsetning og apotekdrift. Arbeidsrapport nr. 4. Oslo: Diakonhjemmets Høgskolesenter.

Borch, A. (1991): Romatraktatens artikkel 37. IUSEF nr 4. Senter for EF-rett, Universitetet i Oslo: Universitetsforlaget.

Brinchmann, S. (1991): La oss få konkurrere fritt. Økonomisk Rapport nr 6.

Brofoss, K. (1992): "EF som rettsliggjøring av politiske spørsmål". Nordisk Alkoholtidsskrift. (2) Vol 9 108-112.

Brunsson, N. (1989): The Organization of Hypocrisy. Talk, Decision and Actions in Organizations. Chichester: John Wiley & Sons.

- Christensen, T. (1991): Virksomhetsplanlegging. Myteskaping eller instrumentell problemløsning. Oslo: TANO.
- Christensen, T. (1994): Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Oslo: TANO.
- Christensen, T. (1996): Adapting to Processes of Europeanisation. ARENA Report nr. 2. Oslo: ARENA.
- Dagens Næringsliv 25.09.1996: KrFs alkoholproblem.
- EF-domstolen (1976): Sak C-59/75: Manghera-dommen.
- EF-domstolen (1991): Sak C-369/88: Case Delattre
- Engen, R. (1995): Fiskeridepartementet - en aktør med ambisjoner på egne vegne. Inst. for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Bergen: UiB. Hovedoppgave.
- Falkum, E. , T. Ø. Jensen og P. Bomann-Larsen (1979): Kontroll med legemidler i Norge. En beskrivelse av legemiddellovgivningen og de organiserte kontrolltiltakene. Bergen: Institutt for offentlig administrasjon og organisasjonskunnskap, Universitetet i Bergen. Rapport Nr. 1.
- Farsund, A. A. og U. I. Sverdrup (1994): Norsk forvaltning i EØS-prosessen - noen empiriske resultat. Oslo: ARENA. Reprint nr. 1.
- Fjelberg, A. (1994): Fra monopol til markedsorientering - en casestudie av Norsk Medisinaldepot A/S. Oslo: Norges Markedshøyskole.
- Follesø, G. (1975): Nasjonalisering - og hva så? En studie av Norsk Medisinaldepot. Bergen: Institutt for Sosiologi, Universitetet i Bergen. Hovedoppgave.
- Gardner, J. S. (1996): The European Agency for the Evaluation of Medicines and European Regulation of Pharmaceuticals. European Law Journal. Vol 2, nr. 1, mars 1996. Cambridge: Blackwell.
- Grund, J. (1995): Helsepolitikk. Effektivisering, spill eller utvikling? Oslo: TANO.
- Grund, J. og H. Husbyn (1995): Samfunnets syn på legemidler - forholdet mellom helse- og næringspolitikk. Sandvika: Handelshøyskolen BI. Arbeidsnotat 31.
- Gundersen, F. F. (1977): Et statsmonopol i praksis - Norsk Medisinaldepot fra politiske løfter til realiteter. Tidsskrift for Den norske Lægeforening. 16: 856 - 859.
- Høringsuttalelser til utkast til Ot. prp. nr. 70, 1991-92: Om lov om legemidler m. v. og om endringer i visse andre lover som følge av EØS-avtalen. Gitt til Sosial- og

Helsedepartementet januar 1992 av: Forening for Norske Representanter for Utenlandske Farmasøytiske Fabrikker (No-Re-Farm), Norges Medisinindustriforening (NOMI), Norsk Medisinaldepot, Institutt for Farmakoterapi, Norsk Apotekteknikerforbund, Norges Farmaceutiske Forening, Statens Institutt for Folkehelse, Farmasøytisk Institutt, Den Norske Veterinærforening, Rikstrygdeverket, Den norske Lægeforening, Statens Legemiddelkontroll, Veterinærmedisinsk senter for oppdragsvirksomhet, Prisdirektoratet, Norges Apotekerforening, Helsedirektoratet.

Innstilling fra statsselskapskomiteen av 1957. (1960). ("Eckhoff-komiteen")

Interdepartemental arbeidsgruppe for gjennomgang av pris- og avansesystemer på legemidler i Norge (1994). Innstilling.

Jacobsen, S., P. K. M. Lunde og E. Myhre (1977): Et statsmonopol i praksis - Norsk Medisinaldepot fra politiske løfter til realiteter. Tidsskrift for Den norske Lægeforening. 16: 1299-1300.

Jensen, T. Ø. (1996): Den europeiske unions utfordring: ny organisasjon og kultur omkring avhengighetsskapende substanser. I Läkemedelskontroll: EU och Norden. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning. NAD-publikation nr. 29.

Jøldal, B. (1992): Foredrag ved farmasidagene 1991. Utviklingen i Europa - konsekvenser for norsk farmasi. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift nr. 2.

Klassekampen 22.11.1990: Slik forsvant unntakene.

Klassekampen 28.11.1990: SV krever debatt.

Klassekampen 30.01.1991: Medisinkontroll må vike for EØS. Regjeringa gir opp retten til behovsprøving.

Klassekampen 06.06.1991: Norsk Medisinaldepot ofret for EØS.

Konkurransetilsynet (1994): Norsk Medisinaldepot - Apotekernes Fællesindkjøb AS. Vurdering av utviklingen i markedet etter Prisdirektoratets behandling av fusjonssaken i 1991. Oslo: Konkurransetilsynet. Notat av 10. november.

Krasner, S. D. (1988): Sovereignty. An Institutional Perspective. Comparative Political Studies nr. 1: 66-94.

- Legemiddelindustrien (1995): Legemidler og helsevesen. Tall og fakta 1995. Oslo: Legemiddelindustrien.
- Lægheid, P. (1993): Tendenser i utviklinga av offentlig sektor. Nordisk administrativt Tidsskrift nr. 3: 316-337.
- March, J. G. og J. P. Olsen (1989): Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics. New York: The Free Press.
- March, J. G. og J. P. Olsen (1996): Institutional Perspectives on Political Institutions. Oslo: ARENA. Reprint nr. 5.
- Munthe, P. (1986): Markedsøkonomi. Oslo: Universitetsforlaget
- NMD (1988): Årsrapport 1987. Oslo: NMD
- NMD (1990): Årsrapport 1989. Oslo: NMD
- NMD (1992): Årsrapport 1991. Oslo: NMD
- NMD (1993): Årsrapport 1992. Oslo: NMD
- NMD (1995): Årsrapport 1994. Oslo: NMD
- NMD (1996a): Årsrapport 1995. Oslo: NMD
- NMD (1996b): Legemiddelforbruket i Norge 1991-1995. Oslo: NMD
- NMDitten (1990a): EØS-prosessen i et nøtteskall.
- NMDitten (1990b): Monopolenes fall - eller når bare de beste overlever.
- Norges Apotekerforenings Tidsskrift (1991): Norsk Medisinaldepot mister sin monopolstilling. Lederartikkel, signert AG. Nr. 7: 170.
- Norges Apotekerforenings Tidsskrift (1994): Stødig direktør på glattisen. Intervju med Arne Øverby. Nr. 4: 100-102.
- NOU 1987: 23: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
- NOU 1987: 25: Sykehus tjenester i Norge.
- NOU 1991: 28: Mot bedre vitende.
- NOU 1997: 6: Rammevilkår for omsetning av legemidler.
- NOU 1997: 7: Piller, prioritering og politikk.
- NOU 1997: 18: Prioritering på ny.
- Olsen, J. P. (1988): Foran en ny offentlig revolusjon. I Olsen, J. P. Statsstyre og institusjonutforming. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsen, J. P. (1991): Rethinking and Reforming the Public Sector. Notat 91/33. Bergen: LOS.

Olsen, J. P. (1992): Analyzing Institutional Dynamics. LOS-senter notat nr. 14. Bergen: LOS.

Olsen, J. P. (1996): Norway: Slow Learner - or Another Triumph of the Tortoise? Særtrykk 96/7, ARENA: Oslo

Ottesen, S. J. (1982): Mer enn et engrosmonopol. Norsk Medisinaldepot 25 år. Oslo: Norsk Medisinaldepot.

Ot. prp. nr. 78, 1949: Om lover om Statens Medisinaldepot og om endringer i lovgivningen om innførsel og omsetning av apotekvarer og gifter.

Ot. prp. nr. 29, 1952: Om lover om Norsk Medisinaldepot og om endringer i lovgivningen om innførsel og omsetning av apotekvarer og gifter.

Ot. prp. nr. 70, 1991-92: Om lov om legemidler m. v. og om endringer i visse andre lover som følge av EØS-avtalen.

Ot. prp. nr. 51, 1994-95: Om lov om endringer i alkoholloven.

Ot. tidende 1953: 51-102: Lover om Norsk Medisinaldepot m.v.

Ot. tidende 1963-64: 890-904: Lov om legemidler og gifter m. v.

Ot. tidende 1992-93: 120-141: Endr. i legemiddelloven o. a. som følge av EØS-avtalen.

Prisdirektoratet (1991): Norsk Medisinaldepots erverv av aksjer i AS Apotekernes Fællesindkjøp. Saker fra Prisrådet. Pristidende. Nr. 7. Oslo: Prisdirektoratet.

Regjeringsutvalget for EF-saker (1990): Statusrapport mars 1990. EFTA-EF-forhandlingene. Kartlegging og forberedelser.

Røvik, K. A. (1992): Institusjonaliserte standarder og multistandardorganisasjoner. Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift. Nr. 4: 261-284.

Sandell, D. S. (1996): Fællesskabets lægemiddellovgivning. Den europæiske integrations betydning for de nordiske lægemiddellovgivninger. I Läkemedelskontroll: EU och Norden. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning. NAD-publikation nr. 29.

Savia, E. (1993): The Finnish Alcohol Monopoly and the European Integration. Helsinki: Yliopistopaino.

- Sejersted, F. (1997): EØS og folkestyret. Nytt Norsk Tidsskrift. Nr. 1: 69-77.
- Sejersted, F., F. Arnesen, O. Rognstad, S. Foyn, og H. Stemshaug (1995): EØS-rett. Oslo: Universitetsforlaget.
- Selznick, P. (1984): TVA and the Grass Roots. Berkeley: University of California Press.
- Sollien, T. (1996): EØS-avtalens betydning for norsk lovverk og den nasjonale beslutningsprosessen. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Hovedoppgave.
- Statistisk Årbok 1996 (1997). Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- St. meld. nr. 62 1986-87: Om Norsk Medisinaldepots organisatoriske og driftsmessige forhold.
- St. meld. nr. 41 1987-88: Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.
- St. meld. nr. 4 1992-93: Langtidsprogrammet 1994-1997.
- St. prp. nr 112, 1991-92: Omdannelse av Norsk Medisinaldepot og Medinnova.
- St. prp. nr. 100 1991-92: Om samtykke til ratifikasjon av Avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS).
- St. tidende 1958: 773-794: Norsk Medisinaldepots virksomhet 1956-57.
- St. tidende 1958-59: 803-811: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1957-58.
- St. tidende 1961-62: 1529-1537: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1960.
- St. tidende 1962-63: 2408-2413: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1961.
- St. tidende 1967-68: 38-46: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1966.
- St. tidende 1968-69: 3494-3496: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1968.
- St. tidende 1973-74: 1816-1921: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1972.
- St. tidende 1970-71: 2476-2478: : Spm. Fra repr. Thyness om Norsk Medisinaldepots enerett til eksport av legemidler.
- St. tidende 1978-79: 2004-2015: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1977.
- St. tidende 1979-80: 1657-1658: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1978.
- St. tidende 1981-82: 1928-1942: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1980.
- St. tidende 1983-84: 708-709: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1981.
- St. tidende 1984-85: 2810-2817: Norsk Medisinaldepots virksomhet i 1983.

St. tidende 1987-88: 2013-2023: Norsk Medisinaldepots organisatoriske og driftsmessige forhold.

St. tidende 1988-89; 4026-4027: Norsk Medisinaldepots virks. i 1984-87.

St. tidende 1989-90: 3795-3801: Handelsministerens redegjørelse om status i EFTA/EF-prosessen.

St. tidende 1990-91a: 728-729: Spml 32. i Spørretimen 21. 11. 1990.

St. tidende 1990-91b: 764-769: Redegjørelse av handelsministeren om EØS-forhandlingene.

St. tidende 1990-91c: 1277-1359: Bev. på statsbudsj. 1991 vedk. Sosialdep.

St. tidende 1990-91d: 2499-2500: Spml 40 i Spørretimen 20. feb. 1991.

St. tidende 1992-93: 1118-1123: Innstilling fra sosialkomiteen om omdannelse av Norsk Medisinaldepot og Medinnova.

Søgaard, N. m. fl. (1992): Apoteker og lægemidler i Europas Indre Marked 1992. København, Nordiske Apotekers Europa Sekretariat.

The Economist (22.10.1994): An Idea Whose Time has Passed.

Tidsskrift for den norske lægeforening (1990a): Hva med samfunnsnytt? nr. 24: 3151.

Tidsskrift for den norske lægeforening (1990b): Etterutdanning og forskning truet? nr. 24: 3151.

Trøstheim, A. (1990): Nye perspektiver for Norsk Medisinaldepot. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. Nr. 13: 10-12.

Underdal, A. (1984): Internasjonalisering og offentlig politikk. Statsviteren, nr. 1: 4-22.

Utenriksdepartementet (1988): Hvem svarer på hva om EF i staten.

Utenriksdepartementet (1990): Hvem svarer på hva om EF i staten.

Utenriksdepartementet (1991): Hvem svarer på hva om EØS i staten.

Utenriksdepartementet (1995): Traktatene om Den europeiske union og De europeiske fellesskap. Oslo: Utenriksdepartementet.

Vedlegg til St. prp. nr. 1 1995-96: Gjennomgang av legemiddelfeltet.

Veggeland, F. (1997): Internasjonale prosesser og nasjonale reformforsøk. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo. Hovedoppgave.

- Vogel, D. (udatert): The Globalization of Pharmaceutical Regulation. Revidert utgave av paper presentert presentert ved årlig møte i APSA, Aug. 31 - Sept. 3, 1995, Chicago, Ill.
- Wahlbin, C. (1985): Läkemedelsdistributionen i Sverige 1976 - 83. En studie av distributørsledet. Ekonomiska Institutionen: Universitetet i Linköping. Forskningsrapport 144.
- Westbye, O. (1990): Norsk tilpasning til EF vil medføre at "behovsparagrafen" må oppheves. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. Nr. 13: 7-9.
- Wærness, M. (1990): Treårsbudgetering som rationalisering. I Brunsson, N. og Olsen, J. P. (red.): Makten att reformera. Carlssons.

7.2 Informanter

Christie, Werner (09.10.1996): Tidl. helseminister DNA

Dalen, Vibeke (15.08.1996): Helsetilsynet, tidl. generalsekretær Apotekerforeningen.

Helland, Leif (17.07.1996): Institutt for Statsvitenskap, UiO.

Hoel, Brit Karen (30.06.1997): Stortingsrepr. DNA

Horn, Anne Marie (08.10.1996): Helsetilsynet

Jøldal, Bjørn (08.10.1996): Tidl. Helsetilsynet og medl. av EFTAs ekspertgruppe for legemidler.

Kilseth, Karin (09.10.1996): Administrasjonsdepartementet

Kvaale, Arve (23.07.1996): Konkurransetilsynet.

Liltvedt, Tore (10.10.1996): Stortingsrepr. Høyre

Sjølie, Stein (10.06.1997; 26.09.96): Informasjonsdirektør NMD

Skilbrei, Reidar (17.06.1996; 25.07.1996): Helse- og Sosialdepartementet

Sortåsløkken, Magnar (20.08.1997): Stortingsrepr. SV

Strøm, Steinar (10.09.1996): Sosialøkonomisk Institutt, UiO.

Tønseth, Didrik (14.10.1996): Tidl. Utenriksdepartementet.

Veierød, Tove (05.03.1997): Tidl. helseminister DNA